

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

409

PRÉSENTÉE PAR

Georges VIRIOT

né le 8 Avril 1900 à Chaumont (Haute-Marne)

Considérations
sur
l'abcès de fixation

Président de thèse : M. MENETRIER
Professeur d'histoire de la Médecine

1926

IMPRIMERIE « LABOR »
8, boulevard de Vaugirard
PARIS-XV^e

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SEBILEAU.
Clinique propédeutique.....	DUVAL.
Professeur sans chaire.....	SERGENT.
	ROUVIERE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	BASSET.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIERE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale.....	CHIRAY.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Anatomie pathologique.....	I. de JONG.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.

Pathologie médicale.....	FIESSINGER.
Pathologie médicale.....	FOIX.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique.....	LABBE (Henri).
Pathologie chirurgicale.....	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale.....	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale.....	RIBIERRE.
Physiologie	RICHET Fils.
Pathologie médicale.....	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale.....	VILLARET.
Ophtalmologie.....	VELTER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Pathologie médicale.....	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	REITTERER.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale infantile	LEREBoullet.
Clinique médicale	LERI.
Clinique médicale	LEPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.

Par déclaration en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

66825



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR MENETRIER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR PAUL BRODIN

Médecin des Hôpitaux.

Qui a inspiré ce travail.

Témoignage de vive reconnaissance pour les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées ainsi qu'à notre famille.

A M. LE DOCTEUR OKINCZIC

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

*Hommage de respectueuse et
profonde gratitude.*

En souvenir du 19 mars 1924.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. le Professeur CHAUFFARD

M. le Professeur agrégé AUVRAY

M. le Professeur agrégé CHIRAY

M. le Docteur Félix RAMOND

Externat

M. le Docteur Jules RENAULT

M. le Docteur MILIAN

M. le Docteur CHABROL

M. le Docteur DEVRAIGNE

INTRODUCTION

La thérapeutique contemporaine des états infectieux aigus graves, qu'il s'agisse de pyohémie, de septicémie, d'infection à virus filtrant, étant encore dans bien des cas, à la recherche d'une médication vraiment héroïque, il nous a paru que la question de l'abcès de fixation récemment controversée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, méritait une étude d'ensemble.

Ce procédé, préconisé pour la première fois, en 1891 à Lyon, par Fochier, comme traitement des « infections pyogènes » a-t-il tenu ou dépassé ses promesses, justifié les espoirs de son promoteur ? Ou bien, doit-il être banni définitivement de l'arsenal thérapeutique de la jeune médecine ?

Tel est le problème qu'il nous a semblé intéressant de chercher à élucider. Et, puisque notre but est de porter un jugement sur un procédé thérapeutique, il est utile, croyons-nous, de poser une question préliminaire : Qu'est-ce qui justifie en l'état actuel de la médecine, l'adoption ou le rejet d'un procédé thérapeutique donné ? Exigerons-nous qu'il guérisse toujours et dans tous les cas ? Non certes, car s'il en était ainsi, il resterait peu de choses de l'art de guérir. Demanderons-nous qu'à défaut de guérison totale, régulière, il ne procure du moins, aucun désagrément, ne fasse courir aucun risque même léger ? Pas davantage, car, dans ces con-

ditions, sous prétexte que l'anesthésie fait courir un risque au patient, les chirurgiens ne tenteraient plus aucune intervention.

Au début de ce travail, nous poserons donc en principe qu'un procédé thérapeutique doit être réputé bon, et, comme tel, recommandé et utilisé de préférence à d'autres, lorsqu'il est le seul à procurer pour un *minimum de risques le maximum de chances de guérison*.

En ce qui concerne l'abcès de fixation, après avoir jeté un regard sur les trente-cinq années qui se sont écoulées depuis son origine, et fait le bilan de ses succès comme de ses insuccès, nous nous efforcerons de mettre en lumière les raisons qui commandent ou interdisent son emploi, de définir les limites de son domaine, et de dégager les règles qui doivent dominer ses indications.

A cet effet, nous analyserons les principaux travaux parus sur le sujet en nous efforçant de fixer au passage quelques points de l'histoire de l'abcès de fixation.

A la fin de ce travail, on trouvera, non point de vastes statistiques, ni de nombreuses observations, mais un petit nombre de faits bien observés qui nous ont paru particulièrement démonstratifs et convaincants.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le fait de provoquer, dans un but thérapeutique, une suppuration à la surface du corps, ne constitue pas une méthode nouvelle. Et si la naissance de l'abcès de fixation, du moins tel que nous le connaissons aujourd'hui, date de trente-cinq ans, on peut, sans être taxé d'exagération, faire remonter l'origine de la méthode à la plus haute antiquité.

L'abcès de fixation n'est, en effet, qu'une modalité de la pyothérapie déjà fort en honneur, sous des formes diverses, de nombreux siècles avant notre ère.

Les Egyptiens, comme les Grecs utilisaient couramment le cautère.

Au v^e siècle avant notre ère, Hippocrate, célèbre médecin de l'île de Cos, et chef de l'école humoriste, estime que toute maladie est produite par une humeur développée en un point de l'économie. Il appelle crise l'issue au dehors de l'humeur peccante, parce que c'est par elle que se juge la maladie. Lorsque l'humeur morbide se déplace, il dit qu'il y a métastase. Et, partant de ces idées, il fait un large emploi du cautère, dans toute affection grave ou rebelle aux autres traitements (vomitif, infusions, fumigations) dans l'espoir de dériver l'humeur peccante, de fixer la métastase en un point choisi.

L'usage du cautère, discret chez les hippocratiques,

était exagéré chez les Cnidiens. C'est ainsi que Platon le Comique, dans une de ses pièces « introduisant Cinésias au sortir d'une pleurésie, nous le représente maigre comme un squelette, la poitrine pleine de pus, les jambes comme un roseau, et tout le corps chargé d'eschares qu'Eurypton (de Cnide) lui a faites en le brûlant ». (1)

Celse, traitait les phtysies, et dans ce mot on englobait toutes les affections pulmonaires un peu graves, par la création, entre les épaules, d'abcès artificiels, dont il entretenait la suppuration jusqu'à ce que la toux fut entièrement dissipée.

Le moyen-âge bannit les cautères de la thérapeutique.

Au XIX^e siècle, Broussais, chef de l'école Physiologiste reprend la formule hippocratique : *Duodus laboribus simul abortis non in eodem loco vehementer obscurat alterum*. Il considère qu'au cours d'une infection, la production d'une métastase est un phénomène heureux agissant comme un révulsif vis-à-vis des organes primitivement lésés.

Un peu plus tard, la notion de métastase passa au second plan, et, avec les progrès de la clinique, l'avènement de la microbiologie et les théories pastoriennes, c'est la notion d'infection générale et de localisations secondaires qui domine la pathogénie des maladies infectieuses.

Déjà auparavant, en 1830, Chomel et Louis, étudiant spécialement la fièvre typhoïde, constatent que dans les formes graves, l'apparition spontanée d'abcès est d'un bon pronostic. « La formation d'abcès sur les organes

(1) Cf. Meunier. *Histoire de la Médecine*.

extérieurs pendant le cours de la maladie, écrit Chomel, est loin d'être un phénomène aussi défavorable qu'on pourrait le penser. Au contraire, on ne les observe, pour ainsi dire, que chez les sujets qui guérissent ».

C'était ranger délibérément l'abcès, dans les phénomènes critiques annonciateurs de la guérison, dont parle Hyppocrate.

Dans les années suivantes nombreux sont les observateurs qui rapportent des faits, confirmant le point de vue de Chomel et Louis.

Trousseau, dans son traité de thérapeutique, s'étend longuement sur la médication « irritante, spoliatrice », et vante les mérites du cautère et du séton tombés alors dans l'oubli. Il proclame, que le fait d'entretenir une suppuration en un point du corps favorise la résolution des produits inflammatoires.

Vers la fin du siècle dernier, on utilisait donc cautère et séton, à l'instar d'Hippocrate, et l'un des maîtres de l'époque s'en déclarait satisfait, lorsque le 23 août 1891, A. Fochier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, publia dans le *Lyon Médical* un article destiné à faire sensation et intitulé : *Thérapeutique des infections pyogènes généralisées*.

« Je viens conseiller et indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et où ces suppurations traitées chirurgicalement, peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux. » Ainsi débute l'article du maître lyonnais. Puis avec une conviction calme et en termes modérés,

il expose comment il en est venu à cette conception thérapeutique. Il parle en observateur consciencieux et en clinicien averti. En l'espace de plusieurs années, il a observé et soigné de nombreux cas d'infection puerpérale sévère et deux ordres de faits l'ont frappé : 1° en général, la guérison survient s'il se produit une localisation secondaire (abcès du sein, arthrite, phlegmon de la fosse iliaque, salpingo-ovarite) ; 2° au contraire, quand la tendance à la suppuration est manifeste mais ne peut se fixer « quand la fixation avorte, ne peut aboutir » la mort arrive avant la suppuration. « C'est en comparant ces deux types, dit Fochier, le premier où l'amélioration coïncide avec une localisation suppurée, le second où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fâcheux pronostic, que je suis arrivé à me poser comme indication thérapeutique, la nécessité de provoquer des abcès faciles à traiter, dans les formes graves d'infection puerpérale. »

Ses premiers essais furent timides. Le premier abcès de fixation qu'il fit fut même provoqué involontairement et survint chez une malade atteinte d'infection puerpérale, à qui il avait prescrit une injection de quinine. Au début, il se servit pour provoquer ses abcès de fixation, d'une solution de quinine hyperacide qu'il injectait dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais, les injections acides donnent rarement lieu à une suppuration rapide, et le contenu de ces abcès est le plus souvent séreux. Rapidement, il en vint à utiliser l'essence de térébenthine, à laquelle il resta fidèle, et que l'on utilise aujourd'hui encore dans le même but que lui.

A la fin de sa publication princeps (1891), Fochier se

défend de vouloir expliquer la manière d'agir de l'abcès de fixation. C'est un sujet d'études, pour lequel il ne se croit pas compétent, et qu'il propose à l'examen des hommes de laboratoire. Il s'excuse aussi de ne pas publier de statistique, et prétend seulement apporter une conviction sincère, fruit de longues médications et de patients essais qu'il poursuit depuis dix ans. « Aujourd'hui, dit-il en terminant, je n'apporterai à l'appui de ces affirmations que mes impressions personnelles, parce que les cas traités, ne sont pas assez nombreux pour entraîner la conviction de ceux qui ne croiraient pas à mes affirmations. A ceux-là, je dirai : expérimentez vous-même, *l'expérience n'est pas dangereuse.* »

Dans la pensée de Fochier, la méthode des abcès de fixation devait s'appliquer non seulement à la fièvre puerpérale, mais à toutes les infections susceptibles de donner lieu à une suppuration en un point quelconque du corps, que cette suppuration fût fréquente ou exceptionnelle dans l'évolution de la maladie ; et il indiquait l'érysipèle, l'ostéomyélite, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe.

Rapidement, dans tous les centres médicaux importants de France, on entreprit de contrôler les affirmations et les hypothèses de Fochier. Dès la fin de 1892, des documents cliniques assez nombreux, encore que contradictoires, furent produits de divers côtés : en province, par MM. Lépine et Bard, de Lyon ; MM. Thierry, Salmon, Olivier, de Rouen ; à Paris, par MM. Dieulafoy, Gingeot, Denys, Rendu, Chantemesse, et Netter ; à Genève, par M. Revilliod. Les essais avaient presque tous été tentés dans des cas de pneumonie et c'est sans doute

dans ce choix peu judicieux, qu'il faut voir la raison de l'extrême prudence, avec laquelle on juge la méthode au début. La pneumonie, en effet, affection cyclique, à allure grave, à terminaison brusque, est d'un pronostic difficile à établir de façon sûre. Dans les cas, où après abcès de fixation, elle guérissait, les sceptiques ne manquèrent pas de dire : « Qui nous prouve qu'elle n'eût pas guéri sans abcès de fixation ? Nous avons tous observé des guérisons inespérées dans la pneumonie. » Et quand, dans les formes traînantes où la crise ne se faisait pas, certains auteurs, affirmaient leur conviction, que grâce à l'abcès de fixation, le passage à l'hépatisation grise ne s'était pas produit, d'aucuns ripostaient : « Qui nous dit que sans abcès de fixation le passage à l'hépatisation grise se serait produit ? »

La pneumonie n'était donc pas le terrain d'expérience sur lequel on pouvait juger la méthode. De fait, l'abcès de fixation fournit des observations plus démonstratives lorsqu'il fut appliqué à d'autres infections (la fièvre puerpérale en particulier).

Tels auteurs, Dieulafoy, Gingeot, Lépine, Olivier et Raoul n'avaient enregistré que des succès, tels autres : Rendu et surtout Chantemesse ne publiaient que des échecs. Rendu, il est vrai, dit loyalement que deux de ses malades étaient à l'agonie lorsqu'il leur injecta de l'essence de térébenthine ; par ailleurs, la statistique de Chantemesse porte sur des sujets de 67 à 89 ans.

Gingeot, qui cependant, avait pour sa part, enregistré des succès, traduit bien la réserve de l'opinion médicale d'alors en disant : « La méthode reste digne d'être prise en considération. »

En 1893, paraissent la thèse de Bermann à Paris, sur le traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine; celle de Guillaumont, à Nancy, sur le traitement de quelques maladies infectieuses par l'abcès de fixation. Ces deux auteurs, tout en se montrant favorables à la méthode, estiment qu'elle doit être employée exceptionnellement. Dans la pneumonie en particulier, il n'y a lieu de l'employer que lorsqu'on craint le passage à l'hépatisation grise, ou bien lorsque, dès les premiers jours, l'état général se montre d'une extrême gravité.

En 1896, Jacques, de Bordeaux, apporte une nouvelle contribution à l'étude de la méthode dans sa thèse, sur le traitement des infections pyogènes généralisées. A l'étranger, Cortiguera, de Santander, publie un travail intitulé : *Serotherapy y el flegmon de Fochier*.

En 1898, Gautier, de Genève, publie deux cas fort intéressants de typhoïde avec prédominance des symptômes cérébraux. Les malades guérissent après abcès de fixation et, dans l'un et l'autre cas, l'atténuation de l'état méningitique coïncida avec l'évolution du phlegmon provoqué.

En 1898, Senn, dans sa thèse inspirée par Revilliod, de Genève, reprend l'étude du traitement de la pneumonie par l'abcès de fixation. Il se déclare partisan de la méthode.

En 1900, Fochier, en collaboration avec Mérieux, fait par Fochier, publie un nombre impressionnant de cas d'infections puerpérales traités par l'abcès de fixation et qui guérissent.

En 1900, Fochier, en collaboration avec Mérieux, fait

paraître à la Société de Biologie un rapport sur « l'action des abcès artificiels dans le charbon expérimental ».

En 1902, dix ans après la première publication de Fochier, Carles, de Bordeaux, dans sa thèse de doctorat, résume toutes les notions acquises à l'époque sur ce sujet et apporte une contribution personnelle considérable. Son travail peut être considéré aujourd'hui encore, comme l'ouvrage d'ensemble le plus important, paru sur la question.

Dans les années suivantes, les travaux continuent à se multiplier, en province surtout (Bordeaux, Lyon, Montpellier, Lille), car à Paris, les accoucheurs et quelques rares médecins mis à part, on s'intéresse peu à la question.

Comme l'avait demandé Fochier, l'action de l'abcès de fixation est étudiée dans les affections les plus diverses, on cherche même à étendre son action aux intoxications.

Les pédiâtres, enfin, expérimentent la méthode.

Vers 1910, on peut dire que l'abcès de fixation a passé dans les mœurs médicales, à l'étranger aussi bien qu'en France, ainsi qu'en témoignent les publications parues, en Espagne, en Italie, en Allemagne, en Hollande, en Angleterre, etc.

A cette époque, paraissaient à Paris, la thèse de Feuillié, sur les leucopathies où l'auteur étudie les diverses altérations du leucocyte; à Nancy, la thèse de Bruntz (1911) qui traite du leucocyte éliminateur en physiologie et en pathologie. (Ces travaux intéressent au plus haut point les partisans de la pyothérapie artificielle).

Avec la guerre de 1914, tous les travaux scientifiques restent en suspens, mais dès 1918, l'abcès de fixation revient à l'ordre du jour, avec une publication de Chénier et Terson, sur le traitement d'une affection oculaire par l'abcès de fixation, et une communication à l'Académie de Médecine de M. Carles, de Bordeaux.

L'épidémie mondiale de grippe, puis celle d'encéphalite, devaient bientôt le mettre au premier rang des préoccupations des médecins, et susciter d'importants travaux à son sujet.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Il est indispensable, tant pour obtenir de bons résultats que pour éviter les ennuis et pallier aux inconvénients de la méthode, de suivre une technique absolument rigoureuse. Et c'est le lieu de dire, « tant vaut le thérapeute, tant vaut la thérapeutique ».

Nous étudierons successivement :

Le matériel à utiliser ;

Comment et où il faut faire l'injection ;

La conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès.

A) MATÉRIEL A UTILISER :

L'instrumentation est aussi simple que possible et se compose d'une seringue de Pravaz et d'une aiguille ordinaire pour injection hypodermique.

Le liquide à injecter est de l'essence de térébenthine ordinaire. Fochier et d'autres auteurs essayèrent diverses substances, en particulier le sulfate de quinine en solution hyperacide, l'acide phénique, l'acide lactique, le nitrate d'argent en solution au 1/5^e, le sublimé, l'oxyde jaune de mercure, le xylol, l'huile de croton, l'essence de lavande. Mais finalement on en revint à l'essence de térébenthine qui reste le moyen le plus efficace et le plus inoffensif.

La question de la stérilisation de l'essence de térében-

thine a été discutée. Mais on fit remarquer, à juste titre, que l'essence de térébenthine est fortement antiseptique; d'autre part, on s'aperçut que l'ébullition diminuait sa propriété irritante. La stérilisation est donc inutile.

En pratique, suivant en cela l'exemple de Fôchier, on utilise l'essence de térébenthine du commerce, sans lui faire subir aucune préparation. Toutefois, chez l'enfant et chez de jeunes femmes à tissus délicats, certains auteurs, afin d'atténuer la réaction inflammatoire, utilisent de l'essence de térébenthine bouillie, ou mélangée à de l'huile stérilisée dans la proportion de 1/3 à 2/3.

La quantité à injecter, est, pour un adulte de 1 à 2 cm³. Chez l'enfant, on a recours à des doses moins fortes : 1/4 à 1/2 cm³. Montagnon emploie 1/3 de cm³ jusqu'à 12 mois, et 1/2 cm³ jusqu'à 5 ans ; Lançon, Espanet font couramment 1 cm³ et n'observent aucun des accidents signalés par Mlle Campana et Codet-Boisse.

B) COMMENT ET OU FAUT-IL FAIRE L'INJECTION?

L'injection doit être poussée en plein tissu cellulaire sous-cutané, et il y a intérêt à choisir une région où il est abondant.

Il convient d'éviter à tout prix, le muscle et le derme.

Au niveau du derme, l'essence de térébenthine peut provoquer des phénomènes de nécrose étendue entraînant une cicatrisation lente et difficile. C'est pour avoir méconnu cette sensibilité particulière du derme que certains médecins ont eu à déplorer des escharres superficielles.

Le muscle est également très sensible à l'essence de térébenthine. Lorsque l'aiguille, entraînant de l'essence de térébenthine, traverse l'aponévrose et pénètre dans le muscle, on peut voir survenir une destruction partielle de l'aponévrose et du muscle, et assister à l'apparition de hernies musculaires et de décollements étendus. Il ne faut donc pas suivre la technique de Morsty, de Constantine, qui pousse l'injection en pleine masse musculaire (région fessière).

La fragilité du muscle en face de l'essence de térébenthine est indubitable, et elle fut même utilisée pendant la dernière guerre en médecine vétérinaire. Voici dans quelles circonstances (1) : Dans les infirmeries vétérinaires, on ne dispose pas du précieux secours de l'écran radioscopique pour la localisation et l'extraction des éclats d'obus chez les chevaux. Ces éclats d'obus, plus ou moins enkystés dans les masses musculaires, échappant aux recherches par les moyens ordinaires, amenaient l'apparition de fistules suppurantes interminables. Nombre de praticiens, alors, n'hésitaient pas à faire une injection de térébenthine, en plein muscle au voisinage de l'emplacement présumé du corps étranger. Un abcès se formait collectant le pus, détruisant les adhérences, et mobilisant l'éclat au centre de la collection où, maintes fois, il a été possible de le trouver après débridement.

Pour éviter de pousser la térébenthine dans le muscle on utilisera une aiguille longue (4 centimètres au moins) de calibre moyen, dont on vérifiera la mobilité dans le tissu cellulaire avant de pousser l'injection.

(1) Cf. Mouton-Chapat. Thèse Montpellier 1920.

Pour éviter au derme, le contact de la térébenthine, on retirera l'aiguille d'un mouvement rapide, mais surtout, avant de retirer l'aiguille, on la videra de son contenu de térébenthine en injectant une petite quantité d'air.

Le lieu d'élection de l'injection est à la face externe de la cuisse, à l'union du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen (loin du paquet vasculo-nerveux fémoral, et loin du genou pour éviter un retentissement possible du côté de la synoviale de cet article) c'est du moins l'endroit choisi par la majorité des médecins à l'heure actuelle.

On peut être amené, pour des raisons d'espèce, à faire l'injection ailleurs. Dans ce cas, on choisira, soit l'empreinte deltoïdienne, soit la région hypogastrique (régions qui avaient la préférence de Fochier parce qu'elles sont pauvres en filets nerveux, et que de ce fait, la douleur y est moins vive), soit encore la région du flanc.

Evolution habituelle de l'abcès.

L'injection elle-même n'est pas douloureuse. La douleur débute avec la réaction inflammatoire au bout d'un temps qui varie entre 6 et 12 heures ; très intense au début, elle va en s'atténuant dans les jours qui suivent. Localement, on observe d'abord une rougeur diffuse qui augmente en même temps qu'apparaît de la tuméfaction. La réaction est nette au bout de 48 heures, et l'abcès est franchement collecté vers le 5^e, 6^e ou 8^e jour après l'injection. C'est ce moment que nombre de médecins choisissent pour inciser l'abcès.

C) CONDUITE A TENIR EN PRÉSENCE DE L'ABCÈS.

Faut-il inciser et à quel moment ?

Tous les abcès de fixation doivent être ouverts, c'est l'opinion générale. Seule, la question du moment où il faut inciser est en discussion, les uns disent, de bonne heure, les autres disent tardivement. Fochier conseillait d'ouvrir tardivement, vers le 15^e jour, en moyenne. « Les abcès, dit-il, ne doivent être ouverts que si l'état morbide paraît jugé, ou si un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Dans ce cas, il ne faut ouvrir que l'abcès précédant le dernier établi. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en provoquer un autre avant cette ouverture, si la maladie persiste. »

Fochier basait son opinion sur l'idée que l'action fixatrice ne persiste que tant que l'abcès n'est pas ouvert.

Aujourd'hui, nombre de médecins préfèrent inciser précocement vers le 10^e jour, le 6^e jour et même plus tôt. Les partisans de l'incision précoce estiment qu'il n'y a aucun intérêt à laisser se développer une grosse collection, mais que, par contre, l'action trop longtemps prolongée de l'essence de térébenthine peut produire des désordres importants (décollements, etc.), que l'on aura grand'peine à réparer ultérieurement.

Par ailleurs, obéissant à un principe général de thérapeutique, tout le monde est d'accord pour ne jamais laisser s'ouvrir spontanément l'abcès.

Personnellement, nous pensons que dans cette question l'éclectisme s'impose, et que le point important, c'est la surveillance de l'abcès de fixation. Nous savons,

en effet, que l'évolution de la réaction inflammatoire est extrêmement variable suivant les sujets, qu'à côté de la forme que nous avons décrite (et qui est la plus habituelle) on observe de multiples variétés évolutives. L'abcès évolue parfois de façon suraiguë, d'autres fois, il évolue sans bruit, tiède ou même froid ; enfin, on peut rencontrer un manque absolu de réaction. Il n'y a donc pas de chiffre fatidique pour l'incision de l'abcès. C'est un critérium clinique qui doit guider la main du médecin. On incisera lorsque l'abcès sera nettement collecté. D'où la nécessité absolue, lorsqu'on injecte de l'essence de térébenthine à un malade, de suivre très attentivement l'évolution de la réaction inflammatoire.

Incision de l'abcès.

L'incision devra être chirurgicale, dépasser largement les limites de l'abcès.

Elle sera pratiquée, après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie comme s'il s'agissait d'une intervention importante. On évitera ainsi l'infection secondaire de l'abcès qui, point important et signalé par tous les auteurs, contient normalement *un pus aseptique*.

L'abcès incisé sera traité comme un abcès chaud banal. On fera des pansements aseptiques humides au début, puis secs. En quelques jours, le pus sera évacué et l'abcès asséché.

La cicatrisation exige en moyenne une dizaine de jours. Parfois, elle tarde à s'accomplir, dans ce cas, cer-

tains auteurs (1) recommandent, lorsque l'évacuation du pus est faite et que la plaie a bon aspect, de tenter une suture secondaire de l'incision par les procédés habituels.

Dans les cas heureux, l'évolution complète d'un abcès de fixation, depuis la date de l'injection de térébenthine jusqu'à la cicatrisation de l'abcès est de trois semaines environ.

FAUT-IL RÉPÉTER LES ABCÈS ?

Deux cas sont à considérer :

L'abcès n'a pas pris ;

L'abcès a pris.

L'abcès n'a pas pris.

Il arrive que l'abcès ne se forme pas, après une première injection d'essence de térébenthine.

Bien qu'en principe, une seule injection doive suffir, on est fondé à faire une deuxième et même une troisième injection, à 12 heures d'intervalle comme le préconise M. Carles.

Lorsque, malgré plusieurs essais, l'abcès ne prend pas, tous les auteurs sont d'accord pour dire que le pronostic de l'affection en cause, est fatal.

La valeur pronostique de l'abcès de fixation est universellement admise.

L'abcès a pris.

On peut aussi être amené à répéter les injections

(1). Cf. Thèse Marmasse, Paris 1926.

d'essence de térébenthine, lorsque l'effet salutaire attendu ne s'est pas produit aussi net qu'on le désirait, lorsque, en un mot, la maladie n'est pas jugée, après un premier abcès de fixation. Fochier disait même : « Il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois, si l'infection s'annonce menaçante à brève échéance. »

Il est rare que l'on ait l'occasion de multiplier les injections d'essence de térébenthine chez un même malade. M. Vincent, cependant, a publié un cas désespéré de septicémie puerpérale où il fit trente injections d'essence de térébenthine et sauva la malade. C'est là, un fait vraiment exceptionnel et s'il arrive que l'on soit amené à provoquer deux ou trois abcès au cours d'une infection sévère, en règle générale, un seul abcès suffit.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Pratiqué tout d'abord dans les infections puerpérales, l'abcès de fixation, sur le conseil donné par son promoteur, fut essayé dans toutes les infections appelées « Pyogènes » par Fochier, c'est-à-dire, dans les infections susceptibles de donner spontanément une collection purulente au cours de leur évolution. On pensait alors, en provoquant un abcès, hâter l'apparition des phénomènes critiques normaux, favorables à la guérison. Puis, sous l'influence de conceptions différentes concernant le mode d'action, on ne tarda pas à considérer la méthode comme une thérapeutique générale, applicable à tous les processus infectieux, voire même aux intoxications. Et aujourd'hui, on ne s'inquiète plus du caractère pyogène d'une infection avant de faire une injection d'essence de térébenthine.

Il est peu de manifestations pathologiques où l'abcès de fixation n'ait pas été essayé. Est-ce à dire que son emploi soit justifié dans tous les cas d'infection ou d'intoxication un peu graves ? Certes, non. De la lecture de nombreux documents parus sur la question, se dégage l'impression très nette que c'est un procédé thérapeutique actif ayant certainement déterminé nombre de guérisons.

Encore faut-il savoir l'utiliser. Il convient de répéter ici que l'abcès de fixation *n'est pas une médication pour*

moribonds. Quelque théorie que l'on adopte sur le mécanisme de son action, on admet couramment aujourd'hui que l'abcès sollicite, active, les moyens de défense de l'organisme. Il est, par conséquent, inutile de le provoquer chez un sujet dont tous les moyens de défense sont épuisés. De toute évidence, un cachectique ne saurait en bénéficier. Certains auteurs ont voulu conclure, de ce fait, que la méthode de Fochier n'avait qu'une valeur pronostique. Pour eux, « un abcès qui prend » c'est un test en faveur d'un organisme capable de se défendre, rien de plus.

Nous ne partageons pas cette manière de voir. En mobilisant, en temps opportun, les réserves de la défense (qui peuvent être paralysées pour une raison qui nous échappe), on augmente certainement les chances de guérison.

Mais, si l'abcès de fixation est un procédé thérapeutique actif, efficace dans certaines conditions, tous les auteurs sont d'accord pour dire que ce doit être un procédé *exceptionnel*.

Dans l'esprit des partisans les plus convaincus de la méthode, il n'est pas question de l'utiliser dans toutes les pneumonies, dans toutes les gripes, dans toutes les typhoïdes, dans toutes les méningites, mais dans certaines formes sévères de ces affections, résistantes aux traitements habituels, et dès que l'on a la conviction que la défense fléchit. Sans doute, c'est là un principe un peu vague. Mais il est hors de doute que l'utilisation de l'abcès de fixation exige un sens clinique développé. On ne doit pas l'employer systématiquement à tort et à

travers. Ce n'est pas une médication spécifique et son emploi ne saurait être généralisé comme celui du sérum antidiphtérique par exemple.

Ces principes étant posés, ces réserves étant faites, Voyons quels sont les cas où il faut utiliser la méthode de Fochier.

Pratiquement, nous estimons que l'on doit tenter l'abcès de fixation :

1° Dans toutes les infections graves, contre lesquelles nous ne possédons pas de remèdes spécifiques. C'est le cas des affections à virus filtrants, spécialement de *l'encéphalite épidémique*. Dans l'encéphalite, il n'y a pas à hésiter. On ne saurait se laisser arrêter par les légers désagréments causés par l'abcès, alors que l'on sait par les travaux remarquables de M. Netter que fréquemment la maladie peut être, par l'emploi de la méthode, sinon complètement enrayée, du moins atténuée pour une grande part. Il y a là un bénéfice éventuel que l'on n'a pas le droit de refuser à son malade, une chance que l'on doit courir.

2° Dans toutes les septicémies, rebelles ou résistantes à la sérothérapie, et en particulier, comme le démontrait tout récemment encore M. Boidin, dans les septicémies méningococciques avec ou sans localisations sur les méninges.

On fera également l'injection de térébenthine dans les *septicémies puerpérales* où l'on est en droit d'en attendre les résultats les plus décisifs. Farez n'a-t-il pas écrit : « La température est influencée dans tous les cas,

et c'est avec l'apparition de l'abcès que se fait l'amélioration de l'état général. » Dans la dernière édition du traité de Bar, ne trouve-t-on pas ces lignes de M. le Prof. Jeannin : « Il semble, et ceci de plus en plus formellement, que la valeur thérapeutique de l'abcès de fixation est indiscutable. »

Il y a lieu, également, de provoquer un abcès de fixation dans les *méningites à pneumocoques* de pronostic *si grave*, dans les *pneumonies* et les *broncho-pneumonies* en instance de suppuration. Rappelons enfin, que c'est dans les *septico-pyohémies* que l'on obtiendra les plus beaux résultats, à condition toutefois d'établir l'abcès avant la production d'une localisation purulente viscérale.

A côté de ces indications formelles, on pourra tenter l'abcès de fixation, toutes les fois que (les contre-indications étant absentes) l'on se trouvera en présence d'un état infectieux grave devant lequel les médications habituelles auront échoué.

Rappelons ici, pour mémoire, que des faits favorables à la méthode ont été publiés concernant :

la grippe,

la typhoïde (en voie de complications broncho-pulmonaires ou septico-pyohémiques),

le typhus exanthématique,

la variole grave,

l'érysipèle et les streptococcies,

et que, utilisée prudemment en ophtalmologie par Ter-

son, en otologie par Colladon, de Genève (1), elle a été jugée avec faveur par ces auteurs.

Enfin, tout récemment, M. Roubinovitch (2) déclarait que l'abcès de fixation est couramment utilisé en psychiâtrie comme moyen de révulsion et qu'à sa connaissance, il existait des cas authentiques de guérison dus à ce moyen appliqué avec prudence.

Ajoutons, qu'à la suite des travaux de M. Carles, l'abcès de fixation a été essayé dans certaines intoxications aiguës graves, par le plomb, le sublimé, les champignons et qu'il fut parfois suivi de succès.

FAUT-IL FAIRE DES ABCÈS DE FIXATION CHEZ LES TUBERCULEUX ?

A coup sûr, non.

Jamais une tuberculose aiguë ou subaiguë, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte n'a bénéficié d'un abcès de fixation.

(1) Colladon. *In Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1895, page 574. — L'abcès de fixation en otologie, Mémoire présenté au XI^e Congrès International de Médecine à Rome. — Colladon à la suite de Szenes (de Budapest) et de Dennert (de Berlin), attribue aux processus inflammatoires du conduit auditif externe, une influence considérable sur ceux de la caisse du tympan. — Cette influence est, d'après lui, une action dérivative. Il préconise l'otite externe artificielle, et utilise à cet effet l'usage d'antiseptiques irritants (l'acide thymique entre autres) en instillations ou en injections). — La médication serait efficace dans l'otite moyenne suppurée aiguë, ou subaiguë, et plus rarement dans l'otorrhée chronique. — En otologie la médication par fixation n'est donc point une simple curiosité scientifique (Colladon).

(2) M. Roubinovitch. Séance du 30 avril 1926. Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris.

Péhu et Pillon, de Lyon, l'ont pratiqué chez 10 enfants atteints de tuberculose (il s'agissait de deux méningites, de deux péritonites, et de six granulies). Ils enregistrèrent dix échecs, et tous les abcès avaient « pris ».

Marmoiton, chez l'adulte ne fut pas plus heureux. Il note, lui aussi, que malgré l'absence de réaction générale, l'abcès « prend » toujours. Devant cette constatation, il se demande si dans certains états infectieux fébriles, la méthode n'aurait pas une valeur diagnostique en faisant soupçonner la tuberculose.

FAUT-IL FAIRE DES ABCÈS DE FIXATION CHEZ LES ENFANTS ?

En principe, oui.

Toutefois, on ne doit pas attendre, chez l'enfant des résultats aussi nets que chez l'adulte. En règle générale, plus l'enfant est âgé et meilleurs sont les résultats. Mlle Campana et Codet-Boisse, de Bordeaux, en 1904, ayant eu à déplorer de gros ennuis (complications locales) chez cinq petits malades à qui ils avaient injecté de l'essence de térébenthine, étaient peu favorables à l'emploi de la méthode en pédiatrie. Cellarier, dans sa thèse (Bordeaux 1905), est plus optimiste. Péhu et Pillon, en 1913, pratiquèrent des injections de térébenthine chez 78 enfants atteints des infections les plus variées (tuberculose, rougeole, scarlatine, érysipèle, broncho-pneumonie, diphtérie compliquée de myocardite). La réaction locale ne manqua jamais. Treize décès survinrent pour la plupart chez les tuberculeux. Les résultats les plus favorables se montrèrent dans des broncho-pneumonies. Péhu et Pillon ne croient pas

pouvoir conclure de leur statistique, à l'efficacité certaine de la méthode chez l'enfant. Cependant, ils disent que dans certains cas l'apparence clinique semble témoigner en faveur d'une action heureuse.

Récemment, M. Lereboullet (1), médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, tout en déplorant, avec M. Comby l'extension trop grande des indications de l'abcès de fixation, disait sa conviction, que la méthode donne parfois des résultats thérapeutiques certains en pédiatrie.

Nous pensons que la méthode de Fochier peut être appliquée sans danger chez l'enfant, à condition de prendre les précautions indiquées plus haut (V. technique). En particulier, il importe de suivre attentivement l'évolution de l'abcès et d'être prêt à l'ouvrir, dès qu'il semble prendre de trop grandes proportions. Nous estimons que son emploi se justifie dans les mêmes cas que chez l'adulte. L'observation de M. Netter concernant un enfant de 8 ans, atteint de méningite (V. observ.) nous semble tout à fait démonstrative à cet égard.

En outre, notre impression est que l'on serait en droit de l'appliquer dans certaines infections graves frappant surtout l'enfance, en particulier dans la poliomyélite épidémique à sa phase aiguë, où, à notre connaissance, elle n'a pas encore été essayée.

(1) Société Méd. des Hôp. de Paris, séance du 29 janvier 1926.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

L'abcès de fixation n'a jamais aggravé le pronostic vital d'un malade, tout au plus, dans certains cas, s'est-il montré inefficace. Aussi bien, le nombre de ses contre-indications formelles est-il restreint.

Il faut le proscrire absolument chez les sujets à témoignements pathologiquement faibles, chez les diabétiques, chez les porteurs d'œdèmes.

Et nous pensons, avec M. Carles, de Bordeaux, qu'il faut s'abstenir de le provoquer chez les vieillards, les grabataires, les délirants, où les risques d'infection secondaire sont particulièrement à redouter.

CHAPITRE V

EXAMEN DES CRITIQUES ADRESSEES A L'ABCES DE FIXATION

L'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine présente un certain nombre d'inconvénients que nous avons notés, en passant, au cours de cette étude, et sur lesquels il convient de revenir, non point parce qu'ils interdisent l'emploi de la méthode, mais parce qu'ils sont facilement évitables et que, les connaissant bien, on sera mieux à même de les éviter.

La *douleur* est le grand grief que font, à la méthode, les adversaires de l'abcès de fixation. Pour eux, elle serait intolérable et justifierait l'abandon d'un procédé dont l'efficacité serait, par ailleurs, sujette à caution. M. Comby ne disait-il pas récemment : « L'abcès de fixation ne guérit pas plus qu'il ne tue les malades, mais tous en souffrent. »

Sur l'efficacité de la méthode, notre conviction s'est faite par l'examen d'un grand nombre de faits cliniques, dont on trouvera quelques exemples à la fin de ce travail. Quant à la douleur, elle est, à vrai dire, constante, mais d'une durée et d'une intensité extrêmement variable : tels malades accusent une douleur précoce, prolongée, intense, tels autres attirent à peine l'attention sur elle. Ces différences dans le degré de la douleur, doivent tenir, d'une part, au siège de l'injection de térébenthine et, d'autre part, à l'atteinte plus ou moins marquée du derme.

Quoiqu'il en soit, on pourra atténuer les phénomènes douloureux :

1° Par l'application de compresses humides chaudes — laudanisées ou non — qui, outre leur action sédative, présentent l'avantage de hâter la collection de l'abcès.

2° Par le choix judicieux du point d'injection de l'essence de térébenthine.

3° Enfin, en injectant aux malades pusillanimes ou particulièrement sensibles, un centimètre cube de morphine ou de sédol.

Indépendamment de la douleur, on reproche à la méthode de provoquer parfois des *escharres*, des *hernies musculaires*, d'amener des suppurations, en certains cas, interminables. Nous avons vu plus haut, au chapitre de la technique, comment on pouvait éviter ces ennuis en injectant soigneusement dans le tissu cellulaire sous-cutané, et en prenant les précautions d'asepsie les plus rigoureuses pour le pansement de l'abcès incisé. Nous ne reviendrons donc pas sur ce point.

L'abcès provoqué a été également accusé de déterminer des délabrements locaux considérables (décollements, fusées purulentes loin du point d'infection). Nous pensons que dans l'immense majorité des cas, ces ennuis, d'ailleurs rares, sont imputables eux aussi à une mauvaise technique. On peut les éviter, en suivant très attentivement l'évolution de l'abcès de fixation et en se tenant prêt à inciser dès que la réaction semble prendre de trop vastes proportions. En fait, les délabrements locaux importants ont toujours été signalés à la suite d'incisions tardives. Et c'est l'observation de tels cas qui pousse nombre de médecins à inciser systémati-

quement de façon précoce. (M. Boidin incise dès le quatrième ou cinquième jour.)

Note. — M. Comby a rapporté tout récemment à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (séance du 24 avril 1926), un cas de mort par abcès de fixation, publié en Amérique du Sud.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, atteint de démence précoce, à qui l'on injecta à la cuisse, 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine. Un abcès se développa, qui, rapidement, prit des proportions inquiétantes, et ne fut néanmoins incisé que le quinzième jour. L'enfant mourut, en dépit d'une intervention qui montra un décollement considérable allant jusqu'au creux poplité.

D'après la relation ainsi faite, deux fautes de technique nous paraissent expliquer ce désastre :

1° La dose trop forte d'essence de térébenthine (chez l'adulte, on fait couramment 1 cc. 1/2, 2 cc. au maximum).

2° L'incision beaucoup trop tardive.

Ajoutons que c'est le premier cas de mort publié en trente-cinq ans, alors que des milliers d'abcès de fixation ont été faits dans tous les points du globe.

CHAPITRE VI

MODE D'ACTION ET FAITS EXPERIMENTAUX

Dès les premières discussions sur l'abcès de fixation, les hypothèses les plus ingénieuses ont été émises pour expliquer l'action de l'injection de térébenthine sous la peau.

Il n'est pas superflu de s'y intéresser. Il faut voir dans leur discussion autre chose qu'un exercice de l'esprit, car, de l'idée que l'on adopte sur le mode d'action, peuvent découler des conclusions pratiques.

Nous verrons plus loin comment certaines conceptions invitent à l'incision tardive et comment certaines manières d'interpréter les faits ont amené tels expérimentateurs à proposer de nouveaux procédés de pyothérapie.

On peut diviser les essais d'explication en deux grandes catégories :

Il y a, d'une part, les théories qui considèrent l'essence de térébenthine comme un agent irritant au premier chef, accessoirement antiseptique, et lui attribuent, comme vertu principale d'être un remarquable agent pyogène. Il y a, d'autre part, les théories, qui voient dans l'essence de térébenthine, avant tout un agent antiseptique incomparable.

Dans le premier cas, on considère la formation d'un abcès comme le fait primordial. Dans le second, on admet que ce phénomène est inutile sinon nuisible.

Disons tout de suite que les tenants de la première

catégorie d'hypothèses sont de beaucoup les plus nombreux.

THÉORIE ANTISEPTIQUE.

L'essence de térébenthine jouit de propriétés antiseptiques incontestables depuis longtemps reconnues. Il était donc normal que l'on songe à attribuer à ce pouvoir antiseptique un rôle important dans le mode d'action de l'abcès de fixation.

Le professeur Fabre, de Lyon, s'est fait le champion de cette théorie. Pour lui, la valeur thérapeutique de la méthode, réside uniquement dans l'action antiseptique spéciale de l'essence de térébenthine qui agirait non pas comme moyen d'appel et de fixation des microbes, mais par une action bactéricide directe. Il montra l'influence de l'essence de térébenthine sur les cultures de streptocoque pyogène : une goutte d'essence dans 10 centimètres cubes de bouillon, produit un ralentissement assez net de la culture, cette réaction est nulle à 1/2 goutte, cinq gouttes rendent la culture très atténuée. Dans sa conviction, il proposa, dans le traitement des infections puerpérales, de substituer à l'abcès de fixation une méthode d'injections sous-cutanées et intra-utérines de sérum térébenthiné. Cette méthode aurait l'avantage d'utiliser le pouvoir antiseptique de l'essence de térébenthine, tout en évitant l'action irritante.

Le pouvoir antiseptique de l'essence de térébenthine est indéniable « in vitro », mais, comme nous le verrons plus loin, son rôle est peu important dans l'abcès de fixation. L'essence de térébenthine, en effet est insolu-

ble ; elle demeure à l'état d'inclusion au niveau du point injecté et on la retrouve en fines gouttelettes dans le pus de l'abcès.

THÉORIE DE LA FIXATION.

Pour Fochier, les effets favorables de l'abcès provoqué seraient dus, pour une part, à la révulsion, et surtout à un phénomène de fixation, d'arrêt, s'exerçant sur le germe de l'infection en cause. « La fixation, dit-il, appelle et immobilise des éléments solides (hématies et leucocytes) en circulation, mais aussi, on peut dire, qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irritée par les vaisseaux qui se rendent à l'abcès. »

Pour Dieulafoy, les abcès provoqués par l'essence de térébenthine, ne pouvaient être assimilés aux abcès spontanés, dits « critiques », car le pus des premiers est aseptique, amicrobien, alors que le pus des seconds contient toujours l'agent de l'infection en cause. Il refusa aux abcès de Fochier le nom d' « abcès de fixation » et proposa de les appeler « abcès de dérivation ».

Revilliod, de Genève, partisan enthousiaste de la méthode, répliqua que l'absence d'agent microbien n'infirmait pas la théorie de la fixation, que tout se passait comme si les microbes attirés vers l'abcès étaient détruits au contact de l'essence de térébenthine, puissant antiseptique. Il accusa encore les termes de Fochier et créa l'expression d' « abcès de dépuration ». « La saleté est à l'intérieur, dit-il, l'abcès l'enlève et le rejette au dehors. »

Cette idée de la fixation fut adoptée et reprise par de nombreux auteurs, médecins ou vétérinaires qui pensent qu'il se produit au point irrité, un lieu de moindre résistance favorisant la création d'une véritable métastase artificielle.

C'est d'ailleurs un fait généralement admis qu'un traumatisme détermine fréquemment au point traumatisé une localisation secondaire, au cours d'une infection. Ainsi, chez un tuberculeux, une chute sur le genou peut amener l'apparition d'une tumeur blanche. Et il est d'observation courante, paraît-il, en médecine vétérinaire (Cf. Mouton-Chapat), de voir apparaître le bacille de Koch dans le pus d'un séton pratiqué chez un animal tuberculeux.

A côté de ces notions cliniques, un certain nombre de faits expérimentaux ont été apportés à l'appui de la théorie de la fixation.

En 1902, M. Carles, à la suite des nombreuses expériences, put démontrer, en effet, que chez les animaux intoxiqués par l'arsenic, le cuivre, le plomb, le pus des abcès térébenthinés provoqués, chez eux, renfermait une quantité importante de ces poisons : « On peut supposer, dit-il, que les abcès de fixation agissent vis-à-vis des poisons minéraux, en les fixant, les neutralisant, les éliminant, ils deviendraient alors des auxiliaires précieux pour un organisme défaillant, dont les glandes antitoxiques surmenées, sont devenues insuffisantes. »

En 1920, MM. Netter et Sézary examinant, par la méthode d'*Ascoli* (méthode qui, au moyen de la mise en contact avec les anticorps, permet de décélérer la présence des antigènes), le pus d'un abcès de fixation pro-

voqué, chez un malade atteint de méningite à pneumocoque (type II), constatèrent, dans le pus, la *présence des antigènes* spécifiques du pneumocoque, type II.

THÉORIES LEUCOCYTAIRES.

On a pensé à faire intervenir l'hyperleucocytose sanguine. Mais les faits les plus disparates furent publiés à ce sujet, et ne permirent pas de retenir cette hypothèse.

Chantemesse, chez tous ses malades (pneumoniques), porteurs d'abcès, trouva une diminution des leucocytes. Bauer, de Berne, procéda plusieurs fois pendant plusieurs jours à la numération des leucocytes. Dans deux cas de fièvre typhoïde, il constata une diminution des leucocytes; dans huit cas de pneumonie, il y eut six fois hyperleucocytose, deux fois diminution des leucocytes; dans trois cas d'érysipèle, l'hyperleucocytose a été constatée.

Chez le lapin, il constata toujours l'hyperleucocytose. Et si elle manque souvent chez l'homme, dit-il, c'est qu'on lui injecte une quantité relativement faible d'essence de térébenthine. A vrai dire, aucune théorie ne peut être établie sur de telles bases expérimentales.

Les nombreux travaux poursuivis sur les fonctions et le rôle des leucocytes en général, et dans les suppurations aseptiques, en particulier, présentent, par contre, un intérêt de premier plan.

Le 20 avril 1893, dans une note à l'Académie des Sciences, MM. Sabrazès et L. Muratet, de Bordeaux, publiaient une étude sur la « réaction iodophile des leu-

cocytes dans les suppurations aseptiques, par injection sous-cutanée d'essence de térébenthine. Le 31 octobre de la même année, ces auteurs font une nouvelle communication à la Société de Biologie de Paris, sur « les abcès aseptiques à répétition, provoqués par les injections successives d'essence de térébenthine sous la peau du chien », où il démontrent que l'organisme du chien devient, après chaque piquûre, de plus en plus sensible à l'action pyogène de l'essence de térébenthine.

En 1909, Feuillié, dans sa thèse sur les leucopathies, indique l'abcès de fixation comme moyen de rénovation et de consolidation leucocytaire.

En 1911, Bruntz et Spillmann, soit en collaboration, soit isolément, étudient les fonctions éliminatrices du leucocyte et les conséquences pathologiques de la viciation des phénomènes de transport leucocytaire. Leurs travaux démontrent que « la voie d'excrétion suivie par les globules blancs est une voie prédestinée, c'est la région de moindre résistance, et cet état de moindre résistance peut être dû à un agent chimique formant un centre d'appel pour les leucocytes excréteurs » (Spillmann).

En 1920, Fauré-Frémiet et Du Vivier de Streel, dans les *Annales d'Hygiène*, étudiant les lésions et processus histologiques dans les abcès provoqués par injection de substances non septiques, établissent un certain nombre de points importants concernant l'abcès de fixation. Considérant les propriétés de l'essence de térébenthine, ils lui attribuent outre l'insolubilité, un pouvoir irritant sur les tissus et une action nettement pyogène. Pour eux, son pouvoir antiseptique est réel, mais ne peut s'exercer directement lorsqu'elle est injectée sous la

peau, puisqu'elle est insoluble. Ils estiment qu'elle est inattaquable par les ferments, mais qu'à la suite de phénomènes complexes d'oxydation, elle donne naissance à des oxydes instables et à des corps aldéhydiques solubles susceptibles d'expliquer son action antiseptique.

Au point de vue histologique, ils étudièrent les lésions provoquées chez le chien huit jours après l'injection d'essence de térébenthine, au niveau du tissu cellulaire sous-cutané, d'une part, au niveau du muscle, d'autre part. Leur impression générale, c'est que le caractère essentiel de ces lésions est, à côté de la réaction leucocytaire, une réaction conjonctive extrêmement importante, qui se traduit par des néo-formations et surtout par la mobilisation d'un grand nombre de cellules fixes qui se transforment en macrophages.

Les recherches sur le mode d'action de l'abcès de fixation ne se bornèrent pas là.

En 1922, dans un article paru dans *The Lancet*, Beaton, du Caire, émit cette idée que l'abcès de fixation agit en augmentant le pouvoir antitryptique du sang. Cette hypothèse est basée sur les déductions suivantes :

Beaton fait remarquer que les leucocytes polynucléaires contiennent une enzyme protéolytique qui peut être libérée et passer dans le milieu environnant sang et tissus, et que cette libération de l'enzyme protéolytique se produit effectivement lorsqu'il y a accumulation de leucocytes suivie de leur destruction, déterminant dans les tissus environnants un certain degré de protéolyse.

« Or, dit-il, c'est une notion communément admise, que les bactéries préfèrent tenir leur nourriture azotée

des protéoses et des peptones, plutôt que des protéines non digérées. »

A ce point de vue, donc, l'accumulation des leucocytes altérés ou détruits, en un point de l'organisme, ne pourrait qu'entraîner une pullulation microbienne si un autre facteur n'intervenait, capable d'inhiber partiellement ce phénomène de protéolyse. Ce facteur, c'est le pouvoir antitryptique du sérum sanguin.

Ce pouvoir antitryptique, d'après lui, est augmenté d'ordinaire quand se produit une destruction localisée de tissu, soit par suite d'une infection bactérienne (dans la pneumonie, par exemple), soit par suite d'une blessure, soit encore à la suite de l'injection de substances provoquant une réaction locale, et un auteur anglais, Sir Almroth Wright, aurait montré l'extrême importance de ce facteur dans la guérison des blessures infectées.

Se basant sur ces faits, Beaton pense que, vraisemblablement, l'augmentation du pouvoir antitryptique du sang joue un rôle dans le mode d'action de l'abcès provoqué. Toutefois, il n'en apporte pas la preuve.

MM. Boidin et Turpin (1) admettent que des produits de désintégration des albuminoïdes ainsi que des ferments lytiques, sont résorbés au niveau de l'abcès de fixation, déterminant dans l'organisme des réactions importantes, à savoir : d'une part, une augmentation de l'Azote total du sang et de l'Azote urinaire, et, d'autre part, des effets analogues à ceux que l'on observe à la suite d'une injection d'albumine étrangère (en particulier : rupture brusque du rythme fébrile).

(1) *In Bulletin Médical* 1923. La pyothérapie.

Ils pensent aussi que des ferments antilytiques doivent intervenir.

Pour M. Feuillié (2), l'abcès de fixation détermine dans le sang circulant des phénomènes de leucolyse qui seraient l'équivalent d'une injection intraveineuse d'albumoses. Il y aurait production de chocs plus ou moins silencieux avec diminution du taux des savons alcalins neutralisés par les albumoses. La leucolyse, en outre, libérerait dans le plasma non seulement des albumoses, mais tous les produits de leucolyse : ferments, cytoglobines, substances bactéricides, alexines, cytases, etc...

La crise terminale de la maladie en cours se préparerait plus rapidement.

Au niveau de l'abcès, enfin, il y aurait une accumulation, une mise en réserve des produits de leucolyse envisagés, qui atteindrait son maximum à la période de mûrissement. Pour cette raison, M. Feuillié conseille d'inciser les abcès provoqués le plus tard possible.

Ces conceptions concernant le rôle des leucocytes et des produits de leucolyse, ont fait naître une méthode anti-infectieuse nouvelle, dite « de pyothérapie aseptique passive ». Elle consiste à injecter aux sujets atteints d'une infection, du pus aseptique prélevé chez un cheval porteur d'abcès provoqué.

On supprime ainsi le temps de réaction locale de l'abcès de fixation, en ne conservant que le temps de réaction générale, provoquée par la pénétration dans l'organisme de produits de leucolyse et de produits de désintégration des albuminoïdes.

(2) Soc. Méd. Hôp. Paris, 5 février 1926.

Expérimentée avec succès par MM. Bridré et Sennelet dans le typhus exanthématique, par M. Netter dans diverses infections à méningocoques rebelles à la sérothérapie, la méthode est encore à l'étude.

La pyothérapie aseptique passive est en quelque sorte par rapport à l'abcès de fixation, ce qu'est la sérothérapie procédé passif à la vaccinothérapie procédé actif. L'avenir dira ce qu'il faut penser de ce nouveau procédé. Mais, dès maintenant, il ne semble pas qu'il doive éclipser l'abcès de fixation dont il dérive. Le temps de réaction locale dans l'abcès de fixation n'a pas, comme le font remarquer MM. Boidin et Turpin, que des effets désagréables, il joue vraisemblablement un rôle utile de premier ordre. Les deux méthodes n'ont pas d'effets identiques, et des travaux ultérieurs montreront sans doute leurs indications respectives.

CHAPITRE VII

FAITS CLINIQUES — OBSERVATIONS STATISTIQUES

OBSERVATION I

SEPTICÉMIE A VIRUS FILTRANT, CONSÉCUTIVE A UNE MORSURE DE RAT,
GUÉRIE PAR UN ABCÈS DE FIXATION

(Obs. présentée par M. le Dr P. Brodin, à la Société Médicale des
Hôpitaux de Paris, juin 1926).

Le 17 novembre 1925. — M. J. A. L. C., âgé de 31 ans, ayant toujours eu une belle santé, à l'exception d'un peu de fragilité des voies respiratoires et du larynx en particulier, est mordu à l'index de la main droite par un rat blanc, né et élevé à la maison. Passée immédiatement à l'alcool, la blessure se cicatrise très rapidement et ne s'accompagne, les jours suivants, d'aucun phénomène douloureux ou inflammatoire.

Trois jours après, le 21 novembre au matin, M. J. C. est pris brusquement, en se réveillant, d'un grand frisson avec sensation d'anéantissement; la température est à ce moment de 37°4. Un médecin appelé, prescrit un lavement purgatif. Dans la journée, la température s'élève progressivement, pour atteindre, le soir, 39°7. Le malade a des douleurs abdominales accompagnées de selles fréquentes avec tendance syncopale.

Le lendemain 22, même état; les troisième et quatrième jours, la température tombe et les troubles digestifs cèdent.

A partir du cinquième jour, la température remonte progressivement et le malade est pris de douleurs articulaires généralisées avec contractures musculaires de voisinage occupant la colonne vertébrale et en particulier la nuque, les hanches, les épaules, les genoux, les coudes, amenant une véritable soudure de toutes les grosses articulations et entraînant l'immobilité complète avec impossibilité de faire le moindre mouvement. Ces douleurs s'accompagnent d'un érythème léger des coudes et des genoux et d'un peu d'albumine dans les urines.

Le sixième jour, les articulations des membres inférieurs se dégagent, mais la partie inférieure du corps reste soudée et une

tuméfaction douloureuse apparaît au niveau des deux articulations sterno-claviculaires.

En même temps, le malade accuse une douleur profonde sur la partie gauche du cou.

Du septième au dixième jour, la colonne vertébrale, la nuque, le bras gauche, l'articulation sterno-claviculaire gauche ainsi que le poignet et le coude droits se dégagent à leur tour, seules restent atteintes l'épaule droite et la sterno-claviculaire droite. Et, alors que les autres articulations prises n'étaient ni rouges, ni tuméfiées, mais simplement douloureuses à l'occasion des mouvements, ces deux dernières localisations s'accompagnent d'une tuméfaction marquée de l'articulation avec sensibilité assez vive à la pression. La douleur latérale du cou persiste, le malade la rattache à une inflammation laryngée, que semble confirmer l'apparition d'un enrouement le soir.

Le onzième jour, les phénomènes précédents persistent; en outre, une nouvelle localisation s'est produite : il existe à la partie supérieure de la face interne du tibia droit, une douleur vive et très localisée paraissant correspondre à l'inflammation d'une bourse séreuse.

La douleur laryngée et l'enrouement s'étant accentués, un examen laryngoscopique est pratiqué par le D^r Bouley; il montre une immobilisation de la corde vocale avec rougeur et œdème.

Du onzième jour au quatorzième jour, la température s'élève progressivement pour atteindre 39°8. La tuméfaction des articulations scapulo-humérales et sterno-claviculaires est de plus en plus marquée faisant redouter une suppuration possible. La gêne laryngée et l'enrouement sont de plus en plus pénibles.

Le quinzième jour apparaît un phénomène nouveau : une éruption papuleuse discrète occupant les pieds, les jambes, les paumes des deux mains. Ce sont de petites papules de la dimension d'une petite lentille, peu nombreuses, légèrement saillantes au toucher, douloureuses parfois à la pression. L'une d'elles, située à la face externe de l'articulation tibio-tarsienne droite, repose sur une base œdématisée et rouge et présente à son sommet une phlyctène à contenu sanglant.

Le seizième jour, les articulations scapulo-humérales et sterno-claviculaires commencent à se dégager. L'éruption papuleuse s'atténue progressivement, la température baisse et les lésions laryngo-pharyngées sont de plus en plus intenses, rendant l'alimentation très difficile, par suite des douleurs aiguës que provoque chaque mouvement de déglutition.

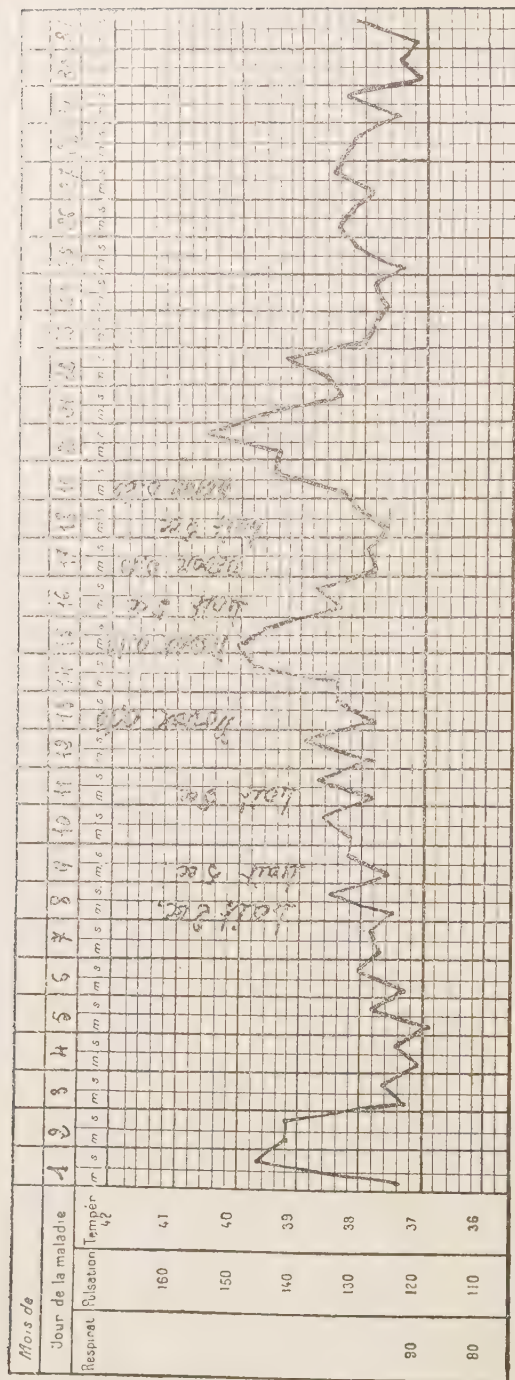
Du dix-huitième au cinquantième jour, la maladie tout en restant très irrégulière dans son évolution, se caractérise par trois ordres de symptômes : une fièvre irrégulière mais continue, des lésions pharyngées, des éruptions papuleuses survenant par poussées, localisées uniquement aux extrémités des membres.

De ces trois ordres de symptômes le plus pénible pour le malade est l'inflammation pharyngo-laryngée. Cette inflammation s'étend à toute la partie supérieure des voies respiratoires, du larynx au cavum, mais prédomine chaque jour en un point différent : tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt au niveau de l'isthme du gosier. Elle s'accompagne de rougeur diffuse, de contracture des muscles du voisinage, de crises de salivation et surtout de douleurs atroces rendant tout mouvement impossible et ne permettant l'alimentation qu'après des attouchements de cocaïne et des piqûres de sédol.

Point extrêmement particulier : à plusieurs reprises sont apparues de petites ulcérations comparables à des aphtes, et siégeant tantôt sur le bord de la langue, tantôt sur la face interne des joues, tantôt dans le cavum même au voisinage de la fossette de Rosen Müller, localisation tout à fait exceptionnelle. Ces ulcérations nous ont paru jouer un rôle prépondérant dans l'apparition des contractures musculaires de voisinage et des douleurs atroces qui en résultaient pour le malade.

Les éruption papuleuses ont toujours siégé uniquement sur les mains et les avant-bras, et ont revêtu l'aspect décrit au moment de la première poussée. Certaines de ces papules étaient très douloureuses au toucher, d'autres s'accompagnaient d'un épanchement hémorragique. Parallèlement à ces éruptions papuleuses, sont apparues des douleurs très vives siégeant en des points variés mais très limités : tendon extenseur d'un doigt, surtout annulaire et index, gaine synoviale au niveau du cou-de-pied ou du poignet. Ces localisations, extrêmement douloureuses à la pression en un point très limité, s'accompagnaient d'une légère tuméfaction sans douleur et disparaissaient en deux ou trois jours en même temps que les papules. Comme ces dernières, elles nous ont paru avoir pour cause, de petites embolies microbiennes mais siégeant dans la profondeur au lieu d'occuper le derme.

Ces divers symptômes ne se montrent pas au hasard, et se succèdent à peu près dans l'ordre suivant, constituant des poussées successives séparées par des intervalles d'amélioration relative : le malade accuse d'abord une recrudescence des douleurs pharyngo-laryngées avec impossibilité d'avaler, et salivation intense



Observation I

par suite même de cette gêne de la déglutition. Puis, la température s'élève progressivement pour atteindre et dépasser 39°; enfin, apparaissent les ulcérations buccales ou pharyngées ainsi que les papules et les douleurs tendineuses : douleurs, ulcérations, papules s'atténuent ensuite en même temps que la température baisse.

Pendant toute cette période, par suite de l'insomnie, de la douleur, de la gêne de l'alimentation, de la fièvre, le malade maigrit, pâlit, perd ses forces et cependant l'infection reste en surface, limitée aux voies respiratoires supérieures, à la peau, aux tendons et aux articulations. Aucune lésion viscérale ne se produit à aucun moment : l'albumine du début a disparu ou n'existe qu'à l'état de traces. Il n'existe aucune lésion pulmonaire, le cœur est régulier, s'accéléralant seulement au moment des poussées thermiques, l'estomac, l'intestin fonctionnent normalement, le foie n'est pas congestionné, la rate n'est pas percutable, le système nerveux est intact, les réflexes sont conservés, le malade a toute sa présence d'esprit, ne délire pas.

Toute une série de traitements sont essayés :

- salicylate de soude au moment de la phase rhumatismale;
- injections de lait;
- injections intra-veineuses d'arsenic;
- septicémine.

Aucun de ces traitements n'a paru exercer la moindre influence même momentanée sur l'évolution de la maladie.

Devant la gravité de cet état, *un abcès de fixation est décidé* et, le quarante-neuvième jour, on injecte sous la peau de la face externe de la cuisse droite 1 cc. 1/2 d'essence de térébenthine. *Dès le lendemain, la courbe thermique change d'aspect* : au type oscillant, succède un plateau, et le troisième jour, la température commence à descendre régulièrement en lysis, pour atteindre la normale six jours après et s'y maintenir depuis.

Parallèlement à la chute de température, on assiste à la disparition rapide, complète, de tous les autres symptômes. Le larynx se dégage, les douleurs tendineuses cèdent, l'appétit renaît. L'abcès de fixation est incisé le dixième jour et complètement cicatrisé le vingtième jour. Le malade augmente de 2 kilos par semaine, retrouve rapidement son poids antérieur et conserve seulement pendant quelque temps une limitation des

mouvements de l'épaule droite, une hydarthrose légère du genou droit et une limitation du registre de sa voix anciennement étendue, qui seule persiste encore.

Examen de sang et bactériologie.

Un examen de sang pratiqué le 2 décembre a donné :

4.464.000 globules rouges.

16.700 globules blancs dont 74 % de polynucléaires.

Le douzième jour, le quatorzième jour, le vingt et unième jour, une hémoculture a été pratiquée et le sang a étéensemencé dans deux milieux différents : bouillon Martin et bouillon ascite. Des repiquages faits tous les deux jours pendant une longue période sur des milieux divers : gélose, gélose-ascite, anaérobies n'ont jamais donné naissance à aucune culture.

L'examen direct de nombreuses lames de sang soit à l'ultramicroscope, soit par les colorants habituels, n'a permis de mettre en évidence aucun parasite.

Des séro-diagnosticstiques pratiqués avec les microbes des groupes typho-paratyphiques, le mélitensis, le méningocoque, le spirochète ictéro-hémorragique ont tous été négatifs.

La réaction de Bordet-Wasserman a été négative. Des inoculations du sang du malade faites au lit même du malade à divers animaux, ont donné les résultats suivants :

Les cobayes ont une température élevée, maigrissent rapidement, ont de la dyspnée et meurent en 4 ou 5 jours si l'injection a été faite intra-péritonéale ; en 7 à 9 jours, en cas d'inoculation sous-cutanée.

Les souris ont toutes succombé après un amaigrissement extrême.

Dans le sang des animaux inoculés, il n'a jamais été trouvé de parasites.

Leur autopsie n'a montré qu'une congestion viscérale générale sans lésion spécifique à l'examen histologique.

Les organes des animaux ayant succombé à l'infection, broyés dans de l'eau physiologique et inoculés à d'autres animaux, donnent les mêmes symptômes et tuent dans le même temps, et il a été possible de réaliser ainsi plusieurs passages successifs.

Le sang du malade, filtré sur bougies Chamberland-L2 et inoculé, transmet la maladie dans les mêmes conditions que le sang inoculé directement.

Fait encore plus curieux, le liquide d'hémoculture, stérile en apparence, puisque tous les repiquages sont restés négatifs, inoculés soit directement, soit après filtration sur bougie Chamberland, a reproduit la maladie dans les mêmes conditions que l'inoculation directe du sang du malade.

De l'ensemble de ces recherches découle la conclusion que l'infection en cause ne peut être due qu'à un virus filtrant.

OBSERVATION II

MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES

M. NETTER (Soc. Méd. Hôp. Paris, 25 mai 1923)

*(mise en évidence dans le pus de l'abcès de fixation
des antigènes du microbe en cause).*

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, pris de rougeole, le 29 mars 1921. Le 7 mai se déclare une otite droite. Le même jour, on pratique la paracentèse du tympan ; à la suite de cette intervention, la température revient à la normale, l'écoulement d'abord très abondant diminue peu à peu et disparaît le 26 mai.

Le 28 mai, appelé en consultation, M. Netter constate tous les signes d'une méningite aiguë : raideur extrême de la nuque et du tronc, mouvements convulsifs, perte de connaissance, hyperthermie. Au cours des convulsions, M. Netter est frappé par l'immobilité complète d'une moitié du visage traduisant une paralysie complète du nerf facial. Les désordres n'étaient cependant pas circonscrits à la caisse. La paralysie du facial impliquait que le nerf avait été atteint dans son trajet intra-fibreux. Elle avait été constatée le 16 mai en même temps que de l'incertitude de la démarche.

C'est dans la nuit du 26 au 27 mai qu'avaient éclaté brusquement des douleurs de tête intolérables et des vomissements, l'enfant était très agité, le thermomètre, le soir, marquait 38°4 le 27, 39°5 le 28, 39°7 les 29 et 30, 40° le 31 mai.

Pour déterminer l'agent en cause, l'examen du liquide céphalo-rachidien était nécessaire. La ponction lombaire, déjà pratiquée à deux reprises, n'avait rien ramené. M. Netter ne croit pas indispensable de renouveler cette intervention. « J'avais lieu de croire, dit-il, que la méningite était provoquée par le pneumocoque que l'on retrouve le plus ordinairement dans ces otites aiguës. » En dehors du traitement habituel : glace sur la tête, bains chauds, frictions de collargol, M. Netter conseille d'injecter sans tarder 1 cm3 d'essence de térébenthine à la partie externe et supérieure de la cuisse, ce qui fut fait. Les effets locaux de l'injection se manifestèrent rapidement et l'abcès se collecta dans les conditions habituelles. Il fut ouvert le 6 juin (9^e jour) et donna issue à un écoulement abondant de pus qui se poursuivit les premiers jours, diminuant rapidement par la suite. La cicatrisation fut obtenue dans les délais normaux.

Le 31 mai, M. Salanier pratiquait la ponction lombaire et retirait 30 cc. d'un liquide purulent. Comme il était convenu, sans attendre les résultats de l'examen microscopique, il injecta aussitôt après 20 cc. de sérum antipneumococcique dans le canal rachidien et 20 cc. dans la masse sacro-lombaire.

Au moment de cette ponction, M. Salanier trouvait déjà l'enfant dans un état moins désespéré, la pression au point injecté était très douloureuse.

Les jours suivants, l'état continua à progresser, la conscience revient, les mouvements nerveux sont moins violents, la douleur de tête diminue.

A chacune de ses visites ultérieures, le 1^{er}, le 5, le 7 juin, M. Netter note des progrès sensibles. La température revient à 37°1 le matin, à 37°5 le soir. Le 16 juin, on lève l'enfant une demi-heure, le 18 une heure, le 21 trois heures. Il est hors de danger. Malheureusement, la face est défigurée : au moindre mouvement, les muscles du côté non paralysé ne rencontrent aucune résistance. Un traitement électrique ultérieur amène une amélioration sensible ; le 23 mai 1923 (deux ans après le début des accidents) il n'existe plus de troubles de la démarche, l'enfant entend les bruits de la montre à une distance de 16 cm. à droite, de 45 cm. à gauche. Au moment des grimaces, une asymétrie minime est perçue.

Cette observation, semblable à beaucoup d'autres, au point de vue du résultat thérapeutique fort satisfaisant, présente un intérêt capital à nos yeux, en ce sens que les recherches de laboratoires auxquelles elle a donné lieu semblent apporter un argument puissant à l'appui de la théorie de la fixation émise par Fochier et déjà contrôlée par M. Carles, de Bordeaux, en ce qui concerne les toxiques.

Voici les constatations faites par M. Netter :

L'examen du liquide retiré le 31 mai par la ponction lombaire avait montré un nombre très considérable de diplocoques lancéolés encapsulés, qui ont donné des *cultures typiques de pneumocoques* ; ces pneumocoques, comme le montrait l'épreuve de l'agglutination *appartenaient au type II*.

L'examen microscopique du pus obtenu au moment de l'ouverture de l'abcès ne montrait la présence d'aucun microbe, l'ensemencement de ce pus resta stérile.

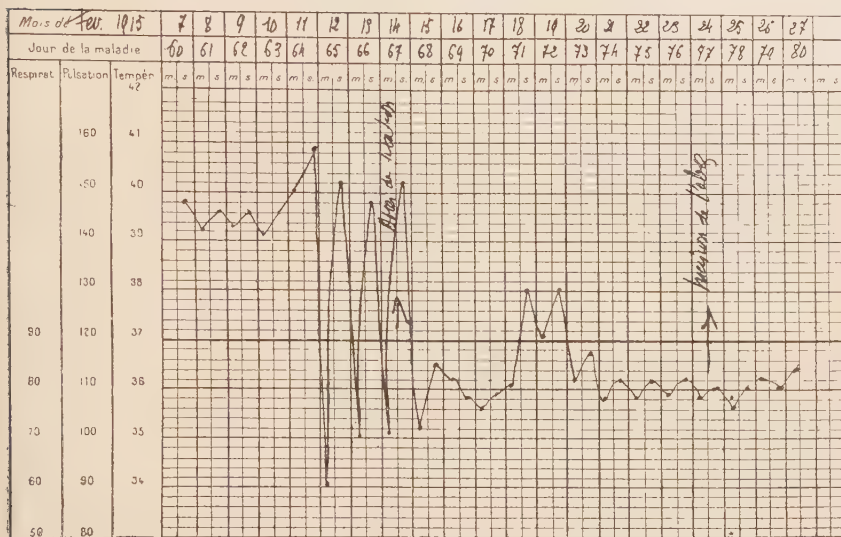
Mais, fait remarquable, *l'examen du pus par la méthode d'Ascoli* (méthode qui, au moyen de la mise en contact avec les anticorps permet de décéler la présence des antigènes) *montra que le pus renfermait des antigènes spécifiques du pneumocoque type II.*

Ainsi était démontrée dans le pus des abcès de fixation la présence des antigènes de l'agent microbien qui a provoqué la maladie.

OBSERVATION III

M. CARLES (in *Bulletin de Thérapeutique*, 1924, p. 147)

Fièvre typhoïde grave (Hémoculture = b. d'Eberth) compli-



quée de diphtérie. Au soixantième jour de la maladie, état très grave ; accès fébriles à type septicémique avec grands frissons, chaleur, transpirations, mauvais état général. Guérison rapide par abcès de fixation.

OBSERVATION IV

SEPTICÉMIE PURE A MÉNINGOCOQUES B. ABCÈS TÉRÉBENTHINÉ.
GUÉRISON

BOIDIN (Soc. Méd. Hôp. Paris, 11 mai 1926)

Il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital Tenon, le 28 avril dernier. Elle avait été prise brusquement, un mois auparavant, le 27 mars 1926, d'un frisson violent avec fièvre à 40° et avait présenté en outre de vives douleurs articulaires, d'abord localisées aux genoux, puis généralisées avec gonflement des jointures. Les

accès fébriles se répètent chaque jour, éclatant entre 6 heures et 9 heures du soir et sont suivis d'une transpiration abondante avec chute de la température à 37°. Pendant tout le mois qui précède l'entrée à l'hôpital, il n'y eut pas de jour où un accès semblable ne se produisit ; les douleurs articulaires persistaient malgré l'usage du salicylate de soude et dès le début on constatait sur les membres des éruptions successives et presque quotidiennes d'éléments, les uns maculeux avec une légère vésicule centrale, les autres papulo-nouveaux très caractérisés.

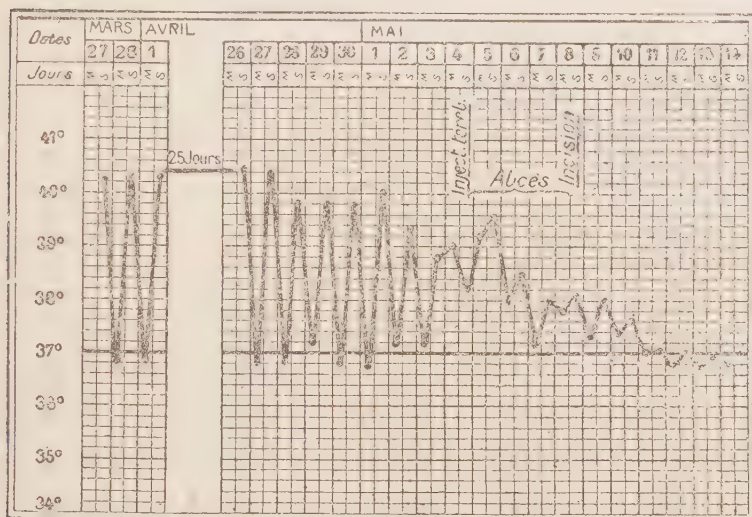
En présence de cette triade symptomatique : accès pseudo-palustres, arthralgies, érythème maculo-vésiculeux et surtout papulo-nouveaux, nous portons immédiatement le diagnostic de septicémie méningococcique. Dès la première hémoculture, nous obtenons un diplocoque en grains de café Gram négatif qui fut identifié à l'Institut Pasteur par notre ami M. Dujarric de la Rivière. Il s'agissait d'un méningocoque B.

Une septicémie méningococcique pure peut, à un moment quelconque, parfois de façon très tardive, se compliquer de méningite. C'est là une éventualité redoutable. Il est indispensable, dès que le diagnostic de probabilité de septicémie méningococcique est posé, d'agir énergiquement.

Dans notre cas actuel, le choix de la médication à mettre en œuvre était délicat du fait que cette maladie avait présenté deux ans auparavant des œdèmes qui avaient révélé l'existence d'une grosse albuminurie. Celle-ci, malgré un régime sévère, s'était toujours maintenue entre 5 et 12 grammes par vingt-quatre heures. Les analyses avaient montré parfois la présence d'hématies, de leucocytes, de cellules vésicales et rénales desquamées, de cylindres granuleux. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée plusieurs fois avait toujours été négative. A l'entrée dans le service, on constatait 10 grammes d'albumine et l'urée sanguine atteignait 0,68 centigrammes. Cette pyélonéphrite avec prédominance des signes de néphrite commandait une grande prudence thérapeutique.

Nous tâtons d'abord la susceptibilité de la malade au sérum par des injections sous-cutanées de 5, puis de 10, puis de 20 cc. Pas d'effet. Nous injectons ensuite, par voie sous-cutanée, un mélange de stock-vaccins A. B. C. que nous a aimablement fournis M. Dujarric de la Rivière en attendant qu'un autovaccin spécifique préparé par lui fût prêt. Le lendemain matin, injection intraveineuse de 1 cc. 1/2 du mélange de ce stock-vaccin. Deux heures après l'injection, choc assez violent qui n'empêche pas l'accès fébrile habituel d'éclater dans la soirée. Une nouvelle poussée d'érythèmes nouveaux apparaît le jour même. Nous n'osons

pas répéter l'injection intraveineuse de vaccin et nous décidons, le 4 mai au matin, de faire une injection sous-cutanée de 1 cc. 1/2 d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire de la cuisse droite. L'abcès se forme rapidement, se collecte et après quatre jours pleins nous ponctionnons l'abcès au bistouri, nous introduisons une mèche très fine n'obstruant pas l'orifice de l'incision et nous nous abstenons de toute pression évacuatrice très douloureuse lorsque le pus de l'abcès n'est pas encore liquéfié. Le lendemain, cinquième jour, le pus s'écoule en abondance ; il en



est de même les jours suivants, mais le 12 mai l'écoulement est tari. Aujourd'hui, 14 mai, la cicatrisation est complète.

Pendant les deux premiers jours de la formation de l'abcès, la température s'est maintenue assez élevée, mais il n'y eu plus d'accès fébrile, il n'y eut plus une seule poussée d'érythème nouveau. Rapidement, la fièvre a diminué et la température est devenue absolument normale quand le pus a été évacué. Du jour où nous avons injecté la térébenthine, nous avons pris la température toutes les trois heures ; la courbe montre la dis-

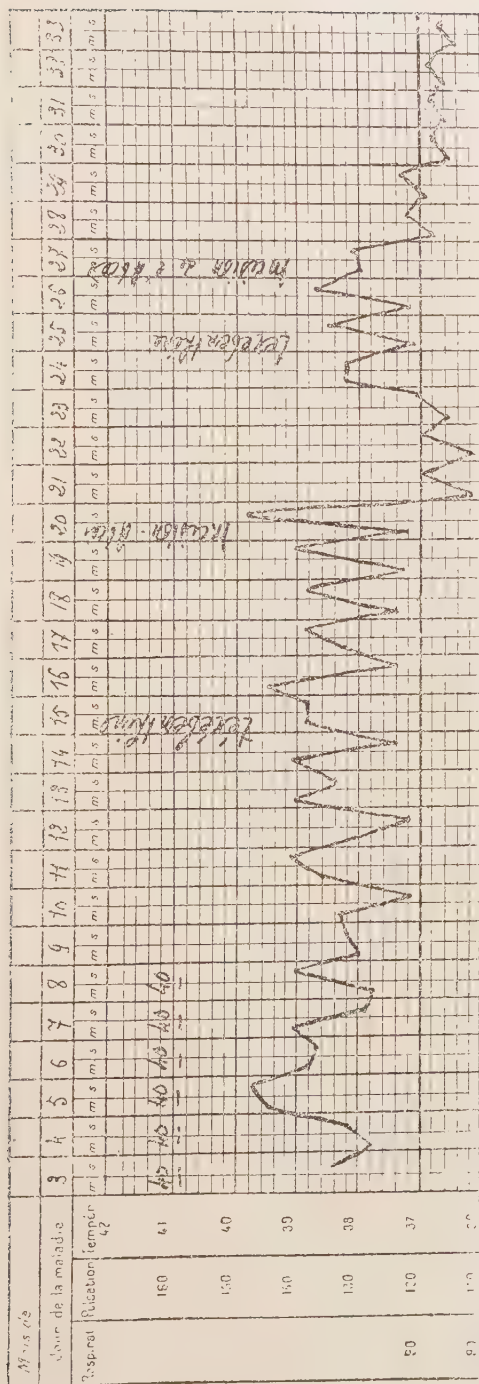
parition des clochers fébriles ; la fièvre d'abord en plateau lors de la formation de l'abcès a baissé très régulièrement, et depuis le 11 mai pas une seule fois la température n'a dépassé 37°. L'albuminurie elle-même a été heureusement influencée elle est passée progressivement de 10 grammes à moins de 1 gramme.

Je crois pouvoir affirmer que la malade est guérie. Si je me suis permis de la présenter devant vous, c'est qu'il m'a paru intéressant de vous montrer la cicatrisation rapide, et telle que je l'obtiens toujours, d'un abcès de fixation traité comme je le propose. Voici une malade qui, depuis plus d'un mois, avait tous les soirs un accès fébrile à 39° ou 40°, nous lui faisons une injection de térébenthine le 4 mai; aujourd'hui 14 mai, la minime plaie est cicatrisée et l'apyrexie est complète. La malade peut affirmer qu'elle n'a pas eu à endurer de vives souffrances; elle serait fort étonnée d'entendre dire que je me suis livré sur elle à une thérapeutique barbare. Je ne puis pour ma part admettre que la guérison ait été le fait d'un pur hasard, d'une simple coïncidence. Trop d'observations semblables et aussi démonstratives ont été recueillies pour que telle supposition ait quelque valeur.

OBSERVATION V

BOIDIN (C. R. Congrès français de Médecine, Bordeaux 1923)

Méningite grave, sans septicémie appréciable, qui résiste au sérum (240 cc. intrarachidien) à la bactériothérapie (2.600.000.000 en 5 fois). On injecte 1 cc. 1/2 d'essence de térébenthine, alors que l'état est extrêmement grave : torpeur, subdélire, carphologie, rétention d'urine. *Dès l'ouverture* de l'abcès, on assiste à une véritable résurrection, la température tombe de 39°8 à 36°2, le liquide céphalo-rachidien est moins purulent ; il contient quelques mononucléaires et un peu de sucre, mais sa culture est encore positive. Pendant trois jours, l'amélioration se maintient, puis une rechute se montre avec signe de réaction méningée, liquide purulent. On fait une nouvelle injection de térébenthine, l'abcès se forme très rapidement et *dès son ouverture*, l'amélioration se produit avec chute de température. Le liquide céphalo-rachidien devient rapidement clair, lymphocytaire stérile. Guérison.



Observation V

Observation VI

INFECTION PUERPÉRALE, DEUX ABCÈS DE FIXATION, GUÉRISON

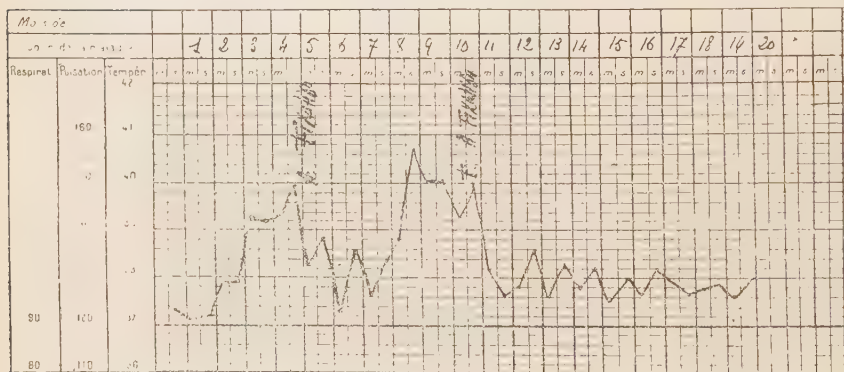
(in thèse Marnasse, Paris 1926)

Mme S... Yvonne, 35 ans, V pare

24 janvier. — Acc. naturel. Garçon vivant 3.460. Délivrance naturelle complète, 600.

3^e jour. — Utérin mou, douloureux sur ses cornes. Lochies fétides.

5^e jour. — Utérus toujours mou, peu douloureux. Lochies moins fétides. Abcès de fixation gauche.



10^e jour. — Frisson dans la nuit. Céphalée. Utérus non douloureux. Lochies peu fétides.

L'abcès de fixation n'ayant pas pris, on en fait un deuxième à droite.

Apparition d'un abcès sous la peau de la région sacrée : drainage filiforme.

14^e jour. — Utérus non douloureux. Lochies peu abondantes.

19^e jour. — L'abcès gauche se collecte ; le droit commence à se former, rougeur diffuse avec œdème étendu.

22^e jour. — Incision des deux abcès.

26^e jour. — Frisson coïncidant avec une rétention de pus à la partie inférieure de l'abcès droit : contraincision.

34^e jour. — Sortie : abcès presque complètement fermé. Bon état général.

OBSERVATION VII

INFECTION PUERPÉRALE

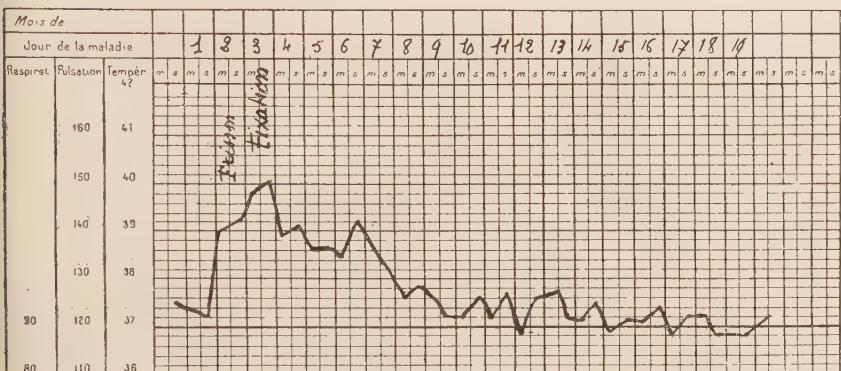
(in thèse Marnasse, Paris 1926)

Mme M. Germaine, 35 ans. III pare

23 juil. 1926. — Acc. naturel. Gargon vivant, 3.880. Souffrance
fœtale (liquide vert). 3 circulaires. Délivrance
naturelle, 700. Membranes déchirées.

2^e jour. — Frisson. Utérus au niveau de l'ombilic, dur, non douloureux.

3^e jour. — Frisson. Lochies fétides. Abscès de fixation.



6^e jour. — Meilleur état général. Aspect phégmoneux de la cuisse.

7^e jour. — Utérus à un doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies
brunâtres encore fétides.

9 jour. — La cuisse droite est encore gonflée, douloureuse, incision; pas de pus, pansement humide.

12^e jour. — Du pus abondant s'écoule par l'incision, diminution de l'œdème de la cuisse. Lochies non fétides.

17^e jour. — Par l'incision coule toujours du liquide purulent
abondant.

27^e jour. — Sortie : état général bon. Utérus à deux doigts du pubis. Absès incomplètement cicatrisé.

OBSERVATIONS IX ET X

Observations rapportées par M. QUEYRAT
à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris
le 27 mai 1926

1° En 1915, M. Queyrat, à l'Hôpital militaire de Versailles, observa une épidémie sévère de rougeole et de scarlatine compliquée de très graves broncho-pneumonies. *Aux quatre malades les plus gravement atteints*, M. Queyrat pratiqua une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine. Ces quatre malades firent normalement un abcès et guérirent. Par contre, il y eut parmi ceux qui ne reçurent pas d'essence de térébenthine, deux cas de mort.

2° En 1919, M. Queyrat est appelé auprès d'une jeune femme de 28 ans, atteinte de grippe avec double et très grave broncho-pneumonie. L'état général était mauvais, la fièvre aux environs de 40°, la dyspnée intense, les lèvres et les extrémités cyanosées. L'examen des crachats montra la présence de l'entérocoque et du streptocoque. La situation se compliquait du fait que cette jeune femme était enceinte de 7 mois et demi. M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des Hôpitaux, fut appelé et se montra tout à fait pessimiste. L'existence de la mère lui semblait très compromise ; quant à l'enfant, il était, dit-il, à peu près irrémédiablement perdu. Sur trente

cas analogues qu'il venait d'observer, soit en ville, soit à l'hôpital, au cours de cette grave épidémie de grippe, il y avait eu trente fois mort de l'enfant. L'état de la malade continuant à s'aggraver, malgré tous les efforts thérapeutiques d'usage en pareil cas, M. Queyrat se décida à pratiquer un abcès de fixation. Il fit une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine récente. Elle fut suivie de la douleur et des phénomènes réactionnels habituels ; la fluctuation fut manifeste le 4^e jour ; l'abcès ouvert le 7^e jour. Et, dès ce moment, les phénomènes pulmonaires s'amendèrent rapidement, la fièvre diminua, l'état général devint meilleur, finalement *la malade guérit*, et, qui plus est, *la grossesse continua* et aboutit à terme à la venue au monde d'un beau garçon aujourd'hui âgé de 7 ans.

Et M. Queyrat de conclure que l'abcès de fixation pratiqué dans les cas de broncho-pneumonies graves, donne parfois des résultats merveilleux.

1° STATISTIQUE

Présentée à l'Académie de Médecine
par M. NETTER (Paris 1920) (1)

Dans l'encéphalite :

Sur 27 malades chez lesquels nous avons eu recours à l'injection d'essence de térébenthine, 19 fois, nous avons obtenu un abcès que nous avons pu inciser. 1 seul de ces malades est mort, après nous avoir, pendant près de trois semaines, fait espérer la guérison. Il s'agissait d'une jeune femme enceinte de plus de trois mois, et la gravité particulière de l'encéphalite chez les femmes enceintes est incontestable.

Chez 13 de nos sujets, la guérison est définitive et nombre d'entre eux ne semblaient autoriser aucun espoir.

Les 5 qui restent en cours de traitement paraissent en bonne voie.

Sur ces 19 cas ayant réagi, avec production d'abcès, il s'agissait 14 fois de formes myocloniques, qui sont réputées comme comportant un pronostic plus grave.

Deux malades ont succombé avant la collection de l'abcès. Chez 6 sujets, l'injection de térébenthine n'a pas provoqué de réaction locale.

25 malades graves qui n'avaient pas reçu d'injections de térébenthine, nous ont donné 13 décès, soit plus de 50 % de décès.

(1) Cf. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 1920, pp. 303-310.

Six années après la publication de cette statistique, extrêmement intéressante, M. Netter (1) affirmait sa fidélité à l'abcès de fixation dans les termes suivants :
« Je puis assurer que les injections d'essence de térébenthine pratiquées à la période aiguë de l'encéphalite épidémique, constituent encore, à l'heure présente, le meilleur moyen de lutter contre cette maladie, et que les *accidents éloignés* et *notamment les symptômes par-kinsoniens* sont *beaucoup plus fréquents chez les sujets auxquels n'a pas été appliquée cette médication.* »

(1) Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, séance du 29 janvier 1926.

2° STATISTIQUE VETERINAIRE

(In thèse Montpellier, 1920 (Mouton-Chapat)

En 1912 et 1913, une épidémie importante de septicémie grippale a, sous le nom de pasteurellose, sévit sur les chevaux du 16^e régiment de dragons.

L'évolution était typique; après 48 heures environ d'atteinte violente de l'état général avec stupeur, abattement et forte hyperthermie, survenait ou la guérison ou une complication. Lorsqu'il y avait complication, celle-ci se localisait le plus souvent, sur l'arbre bronchopulmonaire, mais atteignait aussi, quoique en proportion beaucoup moindre, n'importe quel autre organe : tube digestif, reins, cœur, encéphale, séreuses, etc... Pendant tout le cours de l'épidémie, les malades, mis en expérience, dont le nombre atteignit 156, furent partagés en deux lots dont un témoin : toutes choses, absolument égales, d'ailleurs. Les chevaux à matricule pair recevaient, dès menaces de complication, vers le 4^e ou 5^e jour de la maladie, une injection d'essence de térébenthine.

Ceux à matricule impair (lot témoin), n'en recevaient pas.

Voici les résultats :

Lot des malades ayant reçu un ou plusieurs abcès :

Nombre total : 74 ; morts : 5.

Mortalité : 6,75 p. 100.

Lot des malades témoins :

Nombre total : 82 ; morts : 11.

Mortalité : 13,40 p. 100.

Cette statistique est éloquent et plaide en faveur de l'efficacité de l'abcès de fixation.

CONCLUSIONS

La méthode de l'abcès de fixation a été préconisée en 1891, par le Professeur Fochier, de Lyon, comme médication anti-infectieuse.

Elle consiste à injecter de l'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous-cutané, en vue de provoquer un abcès.

Quoique expérimentée depuis trente-cinq ans dans les infections les plus diverses, son efficacité ne semble pas encore universellement admise ainsi qu'en témoigne la récente discussion de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Nous avons pu réunir deux statistiques et dix observations concernant des infections diverses, traitées avec succès par l'abcès de fixation.

Dans ces observations, l'amélioration après injection d'essence de térébenthine a été tellement rapide et tellement nette, qu'elle nous paraît trancher définitivement la question, et montrer le parti considérable que l'on peut tirer de cette méthode thérapeutique.

L'abcès de fixation, à l'heure actuelle, semble être spécialement indiqué :

1° Dans toutes les infections graves pour lesquelles nous ne possédons pas de remèdes spécifiques. C'est le cas des infections à virus filtrant, de l'encéphalite épidémique en particulier.

2° Dans tous les états septicémiques rebelles ou résis-

tants à la sérothérapie : infections puerpérales, infections à méningocoques, infections à pneumocoques. Dans ces derniers cas, on doit considérer la méthode comme une médication adjuvante de premier ordre.

La méthode n'est pas dangereuse.

Si elle présente quelques inconvénients (douleur), et peut entraîner quelques ennuis (escharres, décollements étendus), on peut pallier à ces désagréments par une technique rigoureuse et la surveillance attentive de la réaction inflammatoire provoquée.

L'abcès de fixation, médication essentiellement stimulante, ne s'adresse qu'aux organismes capables de faire les frais d'une réaction énergique. Ce n'est pas une thérapeutique pour moribonds.

Il est contre-indiqué chez les cachectiques, les diabétiques, les sujets porteurs de volumineux œdèmes.

Le mode d'action n'est pas élucidé, bien que de nombreuses théories aient été émises à ce sujet. Il est certainement complexe.

Vu le Président :

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

Le Président de thèse,
MENETRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN. — *Les abcès de fixation*. In *Journal de Médecine de Bordeaux*, mars 1901.
- ARNOZAN et CARLES. — *Quelques remarques nouvelles sur les abcès de fixation*, in *Province Médicale*, 23 déc. 1905.
- BARD L. — *Sur un cas de pneumonie traitée par abcès de fixation*, in *Lyon Médical*, 17 avril 1842.
- BEATON. — *Fixation abscess*. *The Lancet*, 1922, p. 15 et p. 502.
- BERMAN. — *Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine*. Thèse, Paris, 1893.
- BOIDIN. — *Bactériothérapie et abcès de fixation*. *Journ. Médical français*, Paris, 1919. — *La Pyothérapie*, *Bulletin Médical*, Paris, 1923, p. 199. — C. R. Congrès français de Médecine, Bordeaux, 1923. — *Les moyens adjuvants de la sérothérapie dans le traitement de l'infection méningococcique*. Soc. Méd. Hôp. Paris (11 janvier, 4 février, 21 mai 1926).
- BRUNTZ. — *Le leucocyte éliminateur en physiologie et en pathologie*. Thèse, Nancy, 1911.
- BRUNTZ. et SPILLMANN. — *Contribution à l'étude de la fonction éliminatrice des leucocytes*, in *Bull. de la Soc. des Sciences de Nancy*, 1911, p. 5. — *Les leucocytes éliminateurs dans les maladies infectieuses*. Réunion biologique de Nancy, 14 mars 1911.
- CARLES. — *Les abcès de fixation*. Thèse, Bordeaux, 1902. — *Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses*. *Progress Médical*, 20 mars 1911. — *Les abcès de fixation*. *Bull. Académie de Médecine*, Paris, 1918. — *Indications, avantages et méfaits de l'abcès de fixation*, in *Bull. génér. de Thérapeutique*, 1924, p. 193.
- CASEDEVANT. — Thèse, Paris 1912.
- CAMPANA et CODET-BOISSE. — *Abcès de fixation dans quelques cas de broncho-pneumonies graves chez de jeunes enfants*. *Gaz. Hebdom. des Sciences Médicales de Bordeaux*, mai 1904.

- CELLARIER. — *Abcès de fixation chez les enfants*. Thèse, Bordeaux, 1905.
- CHANTEMESSE. — *Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 mars et 27 mai 1892.
- CHÉNIER et TERSON. — *Traitement d'une affection oculaire par abcès de fixation*. *Presse Médicale*, Paris, 1918, p. 672.
- COLLADON. — *Les abcès de fixation en otologie*. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1894, p. 374.
- COMBY. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 4 février, 11 février, 20 mai 1926.
- CORTIGUERA. — Thèse de Santander, 1896.
- COSTÈS. — *Les abcès de fixation dans le traitement des varioles graves*. Thèse, Montpellier, 1904.
- DECHAUX. — *Contributions à l'étude du traitement des broncho-pneumonies*. Thèse, Montpellier, 1907.
- DETSCHÉFF. — Thèse, Lyon, 1909.
- DIEULAFOY. — *Trait d'une pneumonie grippale suppurée par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine*. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 20 mars 1892.
- DUTREMBLEY. — *La pyogénèse artificielle*. Thèse, Genève, 1894.
- ESPENEL. — *Abcès de fixation chez l'enfant*. *Soc. des Sciences Médicales de Lyon*, 1911.
- FAREZ. — *Infection puerpérale et abcès de fixation*. Thèse, Lille, 1919.
- FAURÉ-FRÉMIET et DUVIVIER DE STREEL. — *Etude sur les abcès provoqués par injection de substances non septiques ; lésions et processus histopathologiques*. *Annales d'Hygiène*, Paris, 1920. pp. 272-320.
- FEUILLIÉ. — Thèse, Paris, 1909. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 février 1926.
- FIESSINGER. — *Journal des Praticiens*, 17 sept. 1910 et 10 février 1912.
- FOCHIER. — *Thérapeutique des infections pyogènes généralisées*. *Lyon Médical*, 23 août 1891. — *Traitement des infections pyogènes par la provocation d'abcès artificiels*, *Lyon Médical*, 8 mai 1892. — *Abcès de fixation et de neutralisation*. *Lyon Médicale*, 1900. — *De l'action des abcès artificiels dans le charbon expérimental*. *Mém. de la Société de Biologie*, 30 juin 1900.

- GAUTIER. — *Revue Générale de la Suisse Romande*, mars 1897.
- GINGEOT. — Soc. Méd. Hôp., Paris, 13 mai 1892.
- GUILLAUMONT. — *Du traitement de quelques maladies infectieuses par les abcès de fixation*. Thèse, Nancy, 1893.
- HALLÉ. — *Un cas de méningite cérébro-spinale à pneumocoques, guérison après sérothérapie et abcès de fixation*. Soc. Méd. Hôp. Paris, 25 mai 1923.
- HÉBRARD. — Thèse, Lyon, 1913. *Sur la valeur curatrice des injections d'essence de térébenthine chez l'enfant*.
- JACQUES. — Thèse, Bordeaux, 1896.
- LANÇON. — *Broncho-pneumonie infantile et abcès de fixation*. Thèse, Lyon, 1911.
- LÉPINE. — *Livre jubilaire. Supplément à la Revue de Médecine*, 1911. Gonnet (p. 319), *A propos du mode d'action des abcès de fixation*. Lathuraz (p. 419). *Abcès de fixation dans certaines formes de tuberculose pulmonaire*.
- LESIEUR. — *Abcès de fixation chez les typhiques*, 12 nov. 1911.
- MARMASSE. — *L'infection puerpérale grave*. Thèse, Paris, 1926.
- MARMOITON. — *L'abcès de fixation dans les pyrexies*. Thèse, Nancy, 1913.
- MONTAGNON. — *Abcès de fixation dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants du premier âge*. *Lyon Médical*, 4 déc. 1910.
- MORSTY. — *Abcès de fixation dans le typhus exanthématique*. *Presse Médicale*, 30 oct. 1909.
- MOUTON-CHAPAT. — Thèse, Montpellier, 1920.
- NETTER. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 25 mars 1892. — *Injection d'essence de térébenthine dans l'encéphalite*. *Bull. Académie de Médecine*, Paris, 1920, p. 303. — Soc. Méd. Hôp. Paris, 18 janvier et 25 mai 1923 ; 11 janvier et 4 février 1926.
- NICOL. — *L'essence de térébenthine en thérapeutique*. Thèse, Bordeaux, 1925.
- PÉHU et PILLON. — *Sur la valeur curative des injections de térébenthine chez les enfants*. *Lyon, Médical*, déc. 1913.
- REVILLIOD. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 20 sept. 1892.
- SPILLMANN. — *Revue Médicale de l'Est*, 1842.
- TANIEL. — *Traitement du saturnisme aigu grave par l'abcès de fixation*. Thèse, Lille, 1910.

TOULZE. — *La méthode de Fochier dans le traitement de l'infection grippale*. Thèse, Paris, 1919.

TURC. — *Abcès de fixation dans la pneumonie*. Thèse, Montpellier, 1911.

VINCENT. — *Abcès de fixation dans un cas de septicémie puerpérale*. *Presse Médicale*, 13 janvier 1906.

VOITURIER. — *Etude clinique des abcès de fixation dans l'infection purpurale*. Thèse, Lyon, 1909.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre I. — Historique	11
Chapitre II. — Technique	21
— Matériel à utiliser	21
— Comment et où faut-il faire l'injection..	22
— Conduite à tenir vis-à-vis de l'abcès....	25
Chapitre III. — Indications	29
Chapitre IV. — Contre-indications	36
Chapitre V. — Examen des critiques adressées à l'abcès de fixation	37
Chapitre VI. — Mode d'action et faits expérimentaux	41
Théorie antiseptique	42
Théorie de la fixation.....	43
Théories leucocytaires	45
Chapitre VII. — Faits cliniques	51
Observations	51
Statistiques	71
Conclusion	75
Bibliographie	77

